



Международная педагогическая академия

С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Е.А. Назаров

ПСИХОЛОГИЯ

**Наркотической зависимости и созависимости
(монография)**

Москва

МПА

2001

ББК 74.9

УДК 159

Б 484

Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. – М.: МПА, 2001.

В данной монографии представлены психологические основы возникновения наркотической зависимости, зависимых и созависимых отношений, развивающихся в семьях наркоманов. Большое внимание уделяется описанию авторской психологической теории зависимости и созависимости, рассматриваются формы и методы психологической работы в случае созависимых отношений, приводятся данные практической работы с семьями наркоманов.

Материалы монографии ориентированы на профессорско-преподавательский состав, исследователей негативных зависимостей, психологов, наркологов, педагогов, социальных работников.

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР: доктор педагогических наук

Бугаёва Алла Львовна

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Доктор психологических наук, чл.-корр. РАО

Вадим Артурович Петровский

Доктор педагогических наук, профессор

Михаил Дмитриевич Горячев

Кандидат психологических наук

Марина Владимировна Бороденко

*Эта монография была подготовлена при содействии и поддержке
депутата Самарской Городской Думы – Токаревой Г.В.*

Содержание

От авторов.

Введение.

Глава 1. Психология наркомании: современное состояние проблемы.

1. Наркомания как предмет психологического исследования.
2. Психическая зависимость при наркомании.
3. Психологические особенности наркоманов периода взросления.

Глава II. Наркомания как семейная проблема.

2.1. Семейные предпосылки наркотизации.

2.2. Динамика семейных отношений при наркомании

2.3. Принципы, формы и методы терапии созависимости.

Заключение

Литература

О деятельности кафедры

Сведения об авторах

От авторов

Наша книга была готова к изданию еще в конце 1999 года. Получив позитивные отзывы от рецензентов, доработав, как и положено рукопись, мы предложили ее издателю... «Конечно, — говорили нам, — это серьезная и полезная работа, но читать ее порой очень трудно. Нужно много знать и быть весьма осведомленным в психологии. Она не для широкой аудитории. А нам нужно, чтобы тираж раскупался быстро». Один из издателей даже предложил: «Вы пишите как-нибудь... подубовее...». «Это как? Попроще?... — спросили мы. — Есть такие вещи, упрощая которые, мы неизбежно утрачиваем их специфику, и они перестают быть сами собой, превращаясь во что-то другое». «Да кому это важно? Главное — чтобы тираж быстро разошелся».

Мы все хорошо понимаем. Даже то, что о самых сложных вещах можно писать ясно и понятно. Мы так и старались. Однако, очевидно нам и другое: сегодня ощущается острый дефицит исследований в области психологии наркомании. Много книг «для широкой аудитории», и мало — для узких специалистов. Мы писали для «узких специалистов».

Наша особая благодарность А.Х. Лисецкой, чья техническая помощь в подготовке книги к изданию порой превращалась в неоценимую человеческую поддержку.

В книге использованы материалы студенческих курсовых и дипломных работ, выполненных под нашим руководством. С особой теплотой вспоминаются работы Козлова Д., Бондарь Н., Зинченко О., Черепановой У., Самыкиной Н., Макарова А., Коронцевича О, Латышевой О., Черемушкиной Н., Литягиной Е., Копытова В.

Мы писали нашу книгу в атмосфере заинтересованной, творческой и поддерживающей критики наших коллег: А.Е. Бобкина, О.А. Шапатиной.

Мы бесконечно благодарны за сотрудничество, критические замечания и творческую поддержку профессору В.А. Петровскому. Метаиндивидуальное бытие его личности в пространстве бытия каждого из нас делает Вадима Артуровича соавтором не только наших идей, но и наших судеб.

ВВЕДЕНИЕ

Начиная с 80-х годов, российское общество столкнулось с беспрецедентной по масштабам и последствиям проблемой, которая и сегодня далека не только от своего решения, но и от адекватного осмысления. Мы имеем в виду стремительное распространение наркомании и вовлечение в сферу потребления наркотических веществ детей подросткового и юношеского возраста. Время идет, а наркомания молодеет.

Наркотики уже вышли на улицы наших городов, став одной из составляющих социальной ситуации развития детства в России.

Общество, государство, наука оказались неспособными решительно и эффективно отреагировать на всплеск наркомании в стране. Прилагаемые сегодня усилия не приносят желаемого результата. Нам представляется, что основная причина невозможности сколько-нибудь эффективно влиять на ситуацию с наркоманией в стране связана со спецификой наркомании как сложного многоаспектного явления. Стремительное распространение наркотиков

связано с одновременным существованием нескольких различных групп факторов. Каждая такая группа, взятая в отдельности, отнюдь не является однозначно наркопровоцирующей. Сами по себе особенности юношеского возраста, системный кризис общества, снижение жизненного уровня населения не могут быть названы причинами наркотизации. Указанные группы факторов, взятые по отдельности, скорее создают общую негативную ситуацию детства в России. Однако их одновременное воздействие порождает необычайно благоприятные условия для молодежной наркомании.

Мы рассматриваем проблему, связанную со злоупотреблением психоактивными веществами, прежде всего как проблему личности, которая употребляет наркотические вещества в определенном социально-культурном контексте, важнейшими элементами которого является семья наркомана и наркоманская субкультура. Однако, несмотря на общепризнанный факт возникновения в семьях наркоманов особого типа внутрисемейных отношений, существенно влияющих на динамику наркомании, описываемых понятием «созависимость», до сих пор сохраняется острый дефицит теоретических и практических исследований закономерностей и психологических механизмов взаимовлияния семьи и подростка, употребляющего наркотики. В отечественной и зарубежной психологической литературе представлены исследования семей алкоголиков (М. Битти, Б.С. Братусь, Б.М. Гузилов, Н.Н. Иванец, А.А. Мейроян, В.Д. Москаленко, В.Е. Рожнов, Т.Г. Рыбакова, Э. Смит, И.Г. Ураков, Э.Г. Эйдемиллер и др.), в то же время исследования семей наркоманов крайне редки.

Существующие сегодня подходы к пониманию созависимости и ее разного рода дефиниции носят либо описательный, либо констатирующий характер. Несмотря на высокую социальную, научную, а - главное, практическую значимость психологических исследований о роли семьи в возникновении и динамике наркомании, существующие попытки теоретического обобщения результатов эмпирических исследований не позволяют создать целостную психологическую концепцию наркомании. Наметившаяся в последние годы тенденция к интеграции в системе наук, так или иначе направляемых на решение проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, значительно суживается недостаточностью психологических исследований, особенно в области центрального компонента наркоманического синдрома - психической зависимости и ее влияния на личность и межличностные отношения наркомана. Практически отсутствуют обобщающие исследования о роли семьи в возникновении и развитии наркомании.

В связи с этим, основная цель нашей работы заключалась в том, чтобы как можно полнее описать роль семьи в возникновении и динамике психической зависимости у наркоманов периода взросления, описать принципы терапии созависимости, теоретически и клинически обосновать содержание, формы и методы работы с семьями подростков, употребляющих наркотики.

Исходная идея нашей работы заключается в том, что в основе феномена созависимости лежит инобытие наркотической личности индивида, страдающего наркоманией.

Под наркотической личностью мы понимаем целокупность интраиндивидуальных, интериндивидуальных и метаиндивидуальных проявлений психической зависимости при наркомании. Клинические наблюдения, экспериментальные данные позволили нам сформулировать вывод о том, что психическая зависимость может рассматриваться как самоподдерживающаяся форма активности, порождающая специфическое личностное образование - наркотическую личность. Бытие наркотической личности для внешнего наблюдателя предстает как типичный наркоманский образ жизни и поведения. Для самого индивида, употребляющего наркотики, наркотическая личность обнаруживается в динамике глубокого и острого внутриличностного конфликта. В жизни членов семьи наркомана его наркотическая личность проявляется как изменения в их поведении, которые наблюдаются всякий раз как только наркоман (а точнее его образ) актуализируется в их сознании. Принципиальным, на наш взгляд, является то, что именно характер реакции родителей на наркотизацию их ребенка выступает как основное условие неограниченного самовоспроизводства психической зависимости при наркомании. В подавляющем большинстве случаев эта реакция оказывается крайне деструктивной как для самих родителей, так и для всей системы семейных отношений. Оказавшись в условиях хронического стресса, родители наркозависимых адаптируются к наркомании их ребенка посредством проигрывания социальных ролей Родительских эго - состояний. В сознании родителей запечатлевается пугающий и обескураживающий образ их ребенка-наркомана, а по сути — внешнего проявления его наркотической

личности. Актуализация в их сознании этого образа — инобытие наркомана — является причиной столкновения особой системы внутрисемейных отношений — созависимости. Наши экспериментальные данные показывают, что в основе созависимых отношений лежит статичная идеальная представленность наркомана в жизни родителей.

Теоретическую основу нашего подхода составляет принцип системного подхода к анализу психических явлений, структурные и функциональные положения транзактного анализа (Э.Берн), а также концепция отраженной субъектности и принцип неадаптивной активности (В.А.Петровский).

Эмпирические данные, приведенные в работе, получены в результате обобщения клинической практики авторов. В работе использован комплекс психодиагностических и экспериментальных методов, направленных на системное изучение роли и функций семьи в генезисе наркомании у подростков: беседа, наблюдение, тесты - опросники, проективные методики (ТАТ, тест Розенцвейга в авторской модификации), эгограмма.

Несмотря на то, что основная масса эмпирических и клинических данных, полученных нами, связаны с опийной наркоманией, построенная нами теоретическая модель психической зависимости может быть использована при анализе других форм негативных зависимостей.

В нашей работе мы хотели показать возросшую роль семьи в патогенезе подростковой наркомании, в формировании психологической зависимости от наркотика.

Анализ наркомании как болезни, проявляющейся не только на индивидуальном, но и на общественном уровне, позволил выделить и дать содержательную характеристику стадиям развития семьи в условиях подростковой наркомании.

В работе теоретически обоснована и эмпирически подтверждена адаптивная сущность созависимости и двойственная адаптивно - неадаптивная сущность наркомании. Такой взгляд на созависимость и наркоманию позволяет использовать новые содержательные и организационные основы терапии созависимости.

Предложенная в работе теоретическая модель психической зависимости и созависимости дает возможность уточнить представления о механизмах развития наркомании.

Использование концепции отраженной субъектности (В.А.Петровский) позволяет снять эмпирически установленный парадокс, когда созависимость в семье сохраняется даже при отсутствии зависимого члена семьи.

Мы надеемся, что установленные в ходе исследования факты и закономерности будут полезны в работе с семьями наркозависимых подростков, а также в процессе терапии созависимости и разрушения психологической зависимости в структуре наркоманического синдрома.

Глава I. Психология наркомании: современное состояние проблемы

1.1. Наркомания как предмет психологического исследования

Злоупотребление психоактивными веществами является международной проблемой, от которой страдает почти каждая страна на земном шаре, в том числе и Россия. Систематические исследования наркомании, широко распространенные в ряде зарубежных стран, начались в нашей стране не более 15 лет назад. Многочисленные проблемы здоровья, смерти, социальные проблемы, связанные с этим злоупотреблением, являются результатом сложного взаимодействия между психоактивными веществами, конкретным человеком и средой. У потребителя вырабатывается сильная привычка к психоактивным веществам (зависимость), в результате которой употребление наркотиков становится все более неизбежным.

Долгое время основное внимание исследователей наркомании в нашей стране было сосредоточено на фармакологическом воздействии наркотических веществ, динамике физиологических процессов и общего состояния здоровья при систематическом употреблении психоактивных веществ. Концентрация внимания именно на медико-физиологическом аспекте наркомании обусловила и основной подход к ее лечению, который редуцировал проблему наркомании до физиологической зависимости и ее купирования. Проблему употребления наркотических веществ следует рассматривать не только как проблему физиологическую, но и как проблему личности, прибегающей к наркотикам в конкретной социальной ситуации. В этом случае профилактическая, лечебная и реабилитационная работа приобретают новое содержание, а значит, и новые возможности. Практика показывает, что такое понимание

проблемы усложняет ее решение, однако существенно повышает показатели отсроченных результатов.

Недооценка психологических факторов и психологических механизмов в возникновении и динамике наркомании нашла свое отражение в позиции официальной наркологии, понимающей наркоманию как группу заболеваний, вызываемых систематическим употреблением наркотических веществ и проявляющуюся в изменениях реактивности психики и физиологической зависимости, а также в некоторых других психологических и социальных явлениях [110]. Итак, наркомания рассматривается как проблема личности, принимающей наркотики в определенном социально-культурном контексте. При этом общество, социальная и культурная среда, реагируя на наркоманию, «встраиваются» своими реакциями в «наркоманский» тип поведения [93]. Анализ литературы показывает, что различные психологические направления имеют отличную друг от друга точку зрения на проблему наркомании.

Основные психологические подходы к проблеме наркомании группируются вокруг ведущих направлений в психологии и наиболее разработанных теорий.

БИХЕВИОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД. Сторонники данного направления отстаивают мысль о непрерывном влиянии на человека его социального окружения. Позитивные связи хронического наркомана с обществом ограничиваются контактами с членами наркоманской группы. С точки зрения психологической структуры, наркоман принадлежит к типу личности, который слабо переносит боль и эмоциональный стресс. Если у него отсутствуют близкие контакты с людьми,

похожими на него, то он утрачивает чувство уверенности. По причине «ущербности» социального развития, наркоман старается избегать любой формы ответственности, становится недружелюбным и недоверчивым по отношению к тем, кого он считает частью угрожающего мира. Поэтому объединение наркоманов в группы является одной из социальных потребностей, присущей наркомании. Членов группы объединяет необходимость добывать наркотик. В ней нет иерархии, все её члены имеют равные права и практически никаких обязанностей по отношению друг к другу. Оказавшись втянутым в такую группу, наркоману трудно оттуда вырваться, так как она предлагает ему всё то, чего в реальном мире он не может получить. В наркоманской группе все такие же, как он, ему там легко и просто. Вырвавшись оттуда, он оказывается будто бы в другом мире, где он встречает непонимание, осуждение, отчужденность, агрессивность не только своей семьи, но и общества в целом. Общество отталкивает наркоманов, хотя само в значительной степени ответственно в возникновении этой болезни [74; 93]. Наркоманы стараются объединиться в группы, а так как влияние социального окружения на человека велико, они продолжают убивать себя и других.

Сазерленд [93] высказал предположение, что нарушения в поведении могут формироваться под влиянием других людей, и зависят от частоты контактов с ними. Однако в некоторых исследованиях данные результаты не подтвердились: существуют подростки, которые живут в неблагоприятных материальных, семейных условиях, у них есть постоянный контакт с наркоманами, а они, тем не менее,

остаются стойкими к наркотической контаминации и не становятся наркозависимыми [10].

Отметим также высокую эффективность поведения наркомана, Поведение, направленное на приобретение и употребление наркотика: ни закон и милиция, ни контроль со стороны общества и семьи, ни отсутствие денег и материальных средств, ни многое другое, что могло бы быть непреодолимым препятствием для человека, не страдающего наркоманией, не является препятствием для наркомана. При этом всегда эта сложная цепочка поведенческих актов и событий завершается положительным подкреплением с ярко переживаемым телесным компонентом. Отказ от наркотика означает отказ от сверхэффективного поведения в пользу действий в неструктурированной враждебной среде, к тому же с низкой вероятностью успеха.

Взгляд на наркоманию как на сложную систему поведения наркозависимого индивида в социальной среде ставит перед разработчиками реабилитационных программ чрезвычайно сложную проблему: становление у наркомана, находящегося в стадии ремиссии, такого поведения, которое обеспечило бы ему большую эффективность во взаимодействии с миром, нежели «наркоманское» поведение.

Таким образом, наркоманию можно рассматривать как высокоадаптивный способ поведения, отказ от которого является неадаптивным шагом, сопряженным с риском неопределенности и ответственностью за себя. При этом, трезвенническое поведение не гарантирует человеку ни счастье, ни легкости бытия, а употребление наркотика гарантирует наркоману «исчезновение» мира с его

проблемами. Более того, у наркомана отсутствует ясное представление о возможностях действия подтвержденное достижением необходимого состояния, воплощенного в успехе. Если реабилитационная программа не дает четкого ответа на вопрос: «А что взамен?» — она малоэффективна.

КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД. Наибольшее распространение в объяснении причин и последствий наркомании в рамках когнитивного подхода нашла концепция локуса контроля. Так, по мнению Раттера, одни люди приписывают свой образ действий внутренним причинам, другие объясняют его внешними обстоятельствами. Наркоманы приписывают свой образ действий внешним обстоятельствам. Они убеждены в том, что они употребляют наркотические вещества по вине других людей или из-за случая. Поэтому одной из причин, почему они не могут бросить употреблять наркотики, является отсутствие внутреннего контроля. Данный подход помогает раскрыть сложность взаимодействий между человеком и возникающими ситуациями. Но его представители, однако, не говорят о том, почему один склонен видеть причину своего поведения в самом себе, а другой - в других.

Кроме того, проведенные в последние время исследования показали, что вопрос о характере локуса контроля у наркоманов не может быть решен столь однозначно и категорично [88].

Более надежными и достоверными можно считать данные, касающиеся специфики когнитивных процессов у наркоманов. Так, например, обнаружено, что при опийной наркомании наблюдается деградация воображения,

выхолощенность мышления, расширение периферийного зрительного восприятия [88], снижение адекватности в понимании невербального поведения других людей [60].

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД.

Психоаналитические исследования наркомании сводятся в основном к объяснению возникновения зависимости как дефектам в психосексуальном созревании, ведущим к оральной неудовлетворённости, что приводит к оральной фиксации [152].

Другим объяснением наркомании в рамках психоаналитического подхода является фиксация на анальной стадии, либо на анальной и оральной стадии развития одновременно [156].

Исходя из таких объяснений, зависимость рассматривается как регрессия, которую можно остановить путем устранения этой регрессии.

Так как она никогда не может быть удовлетворена полностью, то фрустрированная личность реагирует враждебно, и если она замыкается в себе, то это ведет к психическому разрушению. Для таких людей наркотик является средством, освобождающим от фрустрации путем вызывания эйфории. Общественное осуждение, сопровождающее употребление наркотиков, только усиливает враждебность и одновременно приводит к усилению чувства вины. Наркоман является безответственным человеком, неспособным к достижению успеха ни в одной из областей общественной или экономической деятельности. Его связи с реальным миром нарушены, а защита от неблагоприятных воздействий неэффективна. Заинтересованные, «запрограммированные»

исключительно на приобретение и употребление наркотика, они не ценят отношения между людьми и интересуются только собственным удовольствием от действия этих препаратов. Неполюценные связи с другими людьми являются следствием неполноценного «Я» наркомана, для которого либидо является «размытым эротическим понятием». Несмотря на то, что многие авторы психоаналитического направления рассматривают наркоманию как своеобразную разновидность мастурбации, более тщательный анализ указывает на наличие глубокого **внутриличностного конфликта**, достигающего оральной стадии психосексуального развития. Сущность этого регресса заключается в том, что личность возвращается к тому периоду развития, когда жизнь была легче, не было проблем, страха, вины. Этот регресс может означать слабость «Я» перед болью и фрустрацией [160]. Интересно, что эти позиции почти не подвергались в психоанализе критике или редакции, даже несмотря на то, что давно уже известно: зависимость практически невозможно «вылечить» с помощью психоаналитических методов [146]. Мы полагаем, что психоаналитический подход к терапии психической зависимости оказывается малоэффективным именно потому, что наркомания не является непосредственным результатом родителско-детских отношений и детских травм. Наркомания развивается на основе актуально возникающего в подростковом возрасте в общении между взрослым и ребенком и/или в подростковой среде психического напряжения. Именно в сфере отношений, как мы полагаем, впервые возникает почва для развития наркомании. Таким образом, психоаналитик будет работать с «предпосылкой

причины», но не с самой причиной. Реальный опыт работы с наркоманами опровергает амбиции психоаналитиков и требует разработки иных методов психотерапии зависимости.

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ. В теории Э. Берна [17] мы не находим четкого определения и понимания сущности наркомании. В соответствии с его теорией нормальное развитие личности происходит, когда важнейшие аспекты Родителя, Взрослого и Ребенка согласуются друг с другом. Это люди с хорошими границам Я, у которых могут быть серьезные внутренние конфликты, но которые способны сбалансировать Родителя, Взрослого или Ребенка так, чтобы «позволить», каждому выполнять свои функции. В связи с этим, многие исследователи высказывают предположение, что у наркомана доминирует одно эго-состояние, скорее всего это Ребенок, либо одно эго-состояние заражено другим [120].

Наркомания также может быть рассмотрена и как игра, в которой каждый участник (это могут быть члены семьи, окружающие, «спасающие» организации) занимает определенную позицию. Игра - это, по- сути, искусственность поведения, невозможность достижения спонтанности. Когда отсутствует искренность, - идет проигрывание каких-то сложившихся и привычных ситуаций. В игре каждый вроде бы получает определенную выгоду, но ее участники в таких условиях не могут развиваться, изменяться, а значит, не имеют возможности разрешать данную проблему, делать то, что могло бы привести к выздоровлению. Такие взаимоотношения фиксируют психическую зависимость от наркотиков [14]. Отметим в связи с этим весьма продуктивную для трансактового анализа как

терапевтического направления мысль В.А. Петровского о том, что «игра выступает как способ самопознания, как способ достижения спонтанности при одновременном стремлении к искренности и невозможности ее достичь».

Игры можно считать частью более широких и сложных транзакционных ансамблей, называемых сценариями. Сценарии относятся к области явлений психологического переноса, то есть являются производными, точнее, адаптациями инфантильных реакций и опытов [16]. Это сложное сочетание транзакций циклических по своей природе. Психологический анализ сценариев показывает сущность такого сложного явления как созависимость в семье наркомана [17]. Несмотря на отсутствие в рамках транзактного и структурного анализа разработанной концепции наркотической зависимости, есть все основания отметить высокий теоретический и практический потенциал этого направления. В нашей работе мы опираемся на теорию персонализации (А.В.Петровский, В.А.Петровский), концепцию неадаптивной активности (В.А.Петровский) и концепцию эго-состояний (Э.Берн). Эвристическая плодотворность этих теорий позволила нам разработать психологическую модель развития психической зависимости при наркомании, которая будет представлена ниже.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД. С позиций системного подхода наркоманию можно определить как системный комплекс, который включает элементы, различные по своей природе, уровню и динамике. Если рассмотреть наркоманию с точки зрения системной семейной психотерапии, то это семейное заболевание, «семейная проблема». Наркоман «вовлекает» в

болезнь всех близких ему людей, у которых формируется созависимость. Она, в свою очередь, препятствует адекватному восприятию действительности, искажает характер внутрисемейного взаимодействия и, таким образом, фиксирует психическую зависимость. Если взрослый член семьи (отец или мать) зависим от психоактивных веществ, то это пагубно отражается на ребенке еще до того, как он сам непосредственно начал их употребление. Ребенок, растущий в такой семье, является элементом дисфункциональной системы и испытывает воздействие всего комплекса факторов, ведущих к развитию заболевания. Вырастая, он перенесет свой опыт во взрослую жизнь и, скорее всего, станет сам химически зависимым или свяжет свою жизнь с химически зависимым человеком [114], [22]. Безусловно, системный подход имеет значительные перспективы в анализе наркомании как сложного и многоуровневого явления. Вместе с тем заметим, что системный анализ наркомании неизбежно приводит к осознанию того, что факторы формирования и фиксации зависимости от наркотического вещества различны как по способу происхождения и функционирования, так и по своей структурной сложности и «направленности». Вполне может быть, что, по мысли В.А. Петровского, «наркомания как системный феномен не имеет общего **телеологического** основания». Эта мысль В.А. Петровского вполне подтверждается сделанным им же наблюдением, в соответствии с которым наркомания «не имеет и результирующей терапии». Таким образом, в случае наркомании мы сталкиваемся с особым рода системами,

специфические особенности которых не нашли отражения в исследованиях по системной проблематике.

Кроме того, отметим, что сколь-нибудь серьезные системные исследования молодежной наркомании в нашей стране практически отсутствуют.

Таким образом, в рамках существующих сегодня направлений в психологии мы не находим ни одной теории или концепции, которые могли бы полностью объяснить феномены, связанные с употреблением наркотиков, не прибегая к заимствованиям из других теорий, игнорированию того, что «упрямо не объясняется» или использованию в качестве исходных положений утверждения, не имеющие логического или теоретического обоснования.

Единственный вывод, возникающий в результате анализа существующих точек зрения на наркоманию и хоть как-то способный объяснить имеющиеся данные, носит парадоксальный характер: наркомания выполняет адаптивные функции и имеет адаптивный смысл. В отсутствии сколь -нибудь развитой психологической концепции наркомании, особого внимания заслуживают эмпирические исследования. Наибольшее количество психологических исследований наркомании связано с изучением предрасположенности к злоупотреблению психоактивными веществами.

Если говорить о предрасположенности или, шире, о факторах, приводящих к формированию наркомании, то можно сказать, что существуют биологические, социальные и

психологические факторы [58, 65, 93, 156]. В ряде работ указывается на то, что наследственная отягощенность психическими заболеваниями может выступать как фактор, способствующий наркомании [2].

Возникновению и высокопрогредиентному течению наркомании также способствуют:

- ◆ пре-, пери-, постнатальная патология;
- ◆ черепно-мозговые травмы, тяжелые и длительные соматические заболевания;
- ◆ резидуальное (остаточное) органическое поражение головного мозга.

Задержка полового созревания, которая чаще всего связана с конституциональным замедлением развития, имеет психологические последствия. Переживание отставания по ряду признаков от своей возрастной группы само по себе травмирует подростка: может появиться чувство неполноценности, нарушение идентичности, дисморфофобии. Рано созревающие подростки в среднем пользуются большей симпатией у окружающих, они более уравновешенны, менее робки. В противоположность этому, у поздно созревающих - больше опасений, беспокойств, вплоть до злобности, обнаруживается масса компенсаторных механизмов [101].

Представляют интерес и мотивообразующие факторы. Э. Фромм рассматривает употребление наркотиков как частный случай культа потребительства среди молодёжи, следовательно, мотивом приобщения к наркотикам служит стремление «потреблять счастье» как товар. А.Е. Личко и В.С. Битенский использовали классификацию мотивов,

которую В.Ю. Завьялов разработал для алкоголиков [66], выделяя вслед за ним следующие группы мотивов:

1. Социально-психологические мотивы:

- ◆ мотивы, обусловленные традициями и культурой;
- ◆ субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы;
- ◆ псевдокультурные, как стремление подростка приспособиться к «наркотическим ценностям» подростковой группы.

2. Потребность в изменении собственного состояния сознания:

- ◆ гедонистические мотивы;
- ◆ атарактические мотивы;
- ◆ мотивы гиперактивации поведения.

3. Патологическая мотивация, связанная с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику.

В. С. Битенский и другие авторы считают, что подросток, как правило, руководствуется комплексом мотивов. При этом характер ведущего определяется стадией наркотизации, особенностями характера и другими факторами [66].

Однако, очень часто с помощью различных методов определяются не мотивы, а мотивировка, то есть объяснение субъектом причин действия путем указания на социально-приемлемые для него и его референтной группы обстоятельства. Мотивы, как известно, могут не осознаваться субъектом. Кроме того, возможны значительные искажения

при их вербализации. Заслуживают внимания работы В. В. Гульдана, а также исследования, выполненные под руководством К.С.Лисецкого и С.В.Березина в которых используются проективный и психосемантический методы [42, 88].

Изучение эмоциональных отношений и структуры представлений о наркомании московских школьников 10-17 лет показало, что поведенческие особенности тесно связаны с характером ситуации, полом, возрастом. Наиболее неблагоприятными тенденциями оказались:

- ◆ отсутствие внутренних запретов на токсикоманические средства в отличие от наркотиков;
- ◆ в возрасте 12-13 лет - зависимость поведения от ситуации;
- ◆ в возрасте 14-15 лет - склонность к риску и повышенная активность;
- ◆ в возрасте 16-17 лет - отсутствие включенности в ситуацию друзей, семьи;
- ◆ употребление наркотических веществ как способом организации взаимодействия в группе.

Главным мотивом отказа от употребления наркотических веществ оказалось не опасение за здоровье, а отсутствие возможности их достать.

Анализ литературы показал, что различные способы преподнесения недифференцированных по своему содержанию сведений о наркомании, использующиеся в целях профилактики молодежного наркотизма, ведут к мозаичности, разорванности, противоречивости

представлений о наркомании у подростков и детей. Резко отрицательное эмоциональное отношение к стереотипу «наркоман» очень часто совпадают с интересом к употреблению таких веществ. Некоторыми авторами [43] обнаружены расхождения мотивировок и мотивов, которые, в свою очередь, являются результатом несовпадения формально известных для подростка правил, норм, запретов и реалий молодежной субкультуры, которые отражают когнитивный диссонанс представлений школьников о проблеме наркомании.

В 1991 году В.В. Гульдано [43] проведен сравнительный психосемантический анализ мотивов приема наркотиков и отказа от них у подростков асоциального поведения (основная группа) и учащихся школ (контрольная группа). Если сравнивать мотивы приема наркотических веществ в основной и в контрольных группах, то можно отметить, что интерес, любопытство к употреблению присущи обеим из них. Поэтому вопрос о специфичности любопытства, как мотива, требует дальнейшего изучения. Все испытуемые с помощью наркотиков предполагают «избавиться от неприятностей». Для контрольной группы испытуемых в ситуации возможного приема наркотиков несущественным оказалось влияние сверстников, для них более заманчивыми явились изменения сознания с помощью наркотика, возможность пережить приятные ощущения. Асоциальные подростки более подвержены влиянию группы сверстников (а именно влиянию старшего в группе) при выборе поведения в пользу приема наркотических веществ.

Анализ литературы показывает, что мотивы употребления наркотиков и отказа от них недостаточно исследованы и неоднородны по своему содержанию.

В связи с этим необходимо упомянуть об исследованиях личностных предпосылок и попытках построения «специфического профиля» личности, предрасположенной к употреблению наркотических веществ. Предпринятые в этом направлении исследования весьма противоречивы. Подростковый возраст, как известно, характеризуется как кризисный, а следовательно, уязвимый как со стороны физиологии, так и со стороны социальных факторов, в частности, семьи, школы, молодежной субкультуры. Проблемы в общении, нестабильность самооценки, самонеорганизованность, неоформленность, высокая подверженность стрессам, а также высокая степень склонности к различным экспериментам (как способу поиска чего-то "своего"), стремление быть принятым какой-либо социальной группой - все это является фоном, повышающим вероятность употребления подростком психоактивных веществ.

Основная причина значительной уязвимости подросткового возраста - это неустойчивость Я - концепции. Показано, что некоторые специфические особенности Я-концепции у подростков могут выступать как фактор формирования наркозависимости [93].

Как известно, Я - концепция формируется под воздействием социального окружения и предопределяет взаимодействие подростка с ним. Следовательно, чем нестабильнее социальные факторы, тем менее устойчивой является подростковая Я - концепция. Кроме того,

важнейшим аспектом формирования "образа Я" у подростка является образ тела; а, поскольку, тело подростка постоянно развивается и изменяется, то развивается и изменяется его Я - концепция, а, следовательно, и способы взаимодействия со средой. Кризисность, конфликтность подростка заключается еще и в том, что он испытывает потребность не только в присоединении к социальной группе, но и потребность в том, чтобы одновременно отделить себя от привычной для него социальной среды, даже противостоять ей в обретении и раскрытии своего "Я". Очевидно, что подростковое "Я" - сущность энергетически мощная, требующая постоянного самовыражения, разрядки, но, одновременно, и неопределенная, наполненная очень часто содержанием опыта других людей: родителей, более взрослых друзей, других значимых людей. Противоречие между потенциальной возможностью и реальным содержанием деятельности порождает внутреннее напряжение подростка, разрешение которого с каждой минутой приобретает все более остро необходимый и жизненно важный характер. Очень часто наиболее эффективным способом снижения напряжения, по мнению подростка, является та или иная форма девиантного поведения, в том числе и поведение, направленное на употребление психоактивных веществ [83].

Анализ существующей литературы не дает ответа на вопрос о том, какие именно особенности личности можно считать факторами риска в приобщении к употреблению наркотических веществ. Среди психологических факторов, создающих условия для злоупотребления подростками психоактивными веществами, большое значение имеет неблагополучие в семье. Кроме этого, многие исследования

[58; 99; 93] показывают, что большое количество подростков наркоманов воспитываются в неполных семьях. Неблагополучие в семье служит фоном, который чаще всего подталкивает подростка к участию в асоциальных компаниях, особенно при некоторых типах акцентуаций характера. П.Б. Ганнушкин [19] считает, что конституциональная предрасположенность к наркозависимости наиболее характерна эпилептоидным, неустойчивым, циклоидным и истероидным типам акцентуаций. Было выявлено, что риск злоупотребления наиболее высок для эпилептоидного и истероидного типа акцентуаций. Гипертимы проявляют интерес к галлюциногенам и ингаляторам, которые способны вызывать яркие, красочные образы. Кроме того, им также свойственно стремление «все попробовать». Подростки с истероидной акцентуацией предпочитают приятное состояние или успокоение, вызываемое транквилизаторами. При шизоидном типе наблюдается тенденция к употреблению опийных препаратов, то есть желание вызвать у себя эмоционально приятное состояние. Но большинство авторов пришло к выводу о том, что риск нарко- и токсикомании наиболее характерен подросткам с эпилептоидной, неустойчивой и гипертимной акцентуацией. К сожалению, приходится констатировать тот факт, что в большинстве случаев выявление подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, происходит поздно, когда их поведение уже характеризуется патохарактерологическими реакциями. Это обстоятельство ставит под сомнение достоверность данных о том, что акцентуации характера являются факторам предрасположенности к наркомании, поскольку причинно-

следственная связь может быть и прямой, и обратной: акцентуанты имеют больший риск начать употреблять наркотики, но и употребление наркотиков также ведет к существенным нарушениям в поведении и изменениям характера.

С.П. Генайло, проводя клиническое обследование, установил, что наркомания формируется преимущественно в подростковом возрасте у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и немедленному выполнению своих претензий. В то же время, это люди со сниженной способностью к длительной, целенаправленной деятельности, раздражительностью, склонностью к избыточному фантазированию, демонстративному проявлению чувств, подражанию и лжи. Это дало автору основание предположить у них нарушение равновесия между потребностями и возможностями. И это, в свою очередь, приводит к снижению социальной адаптации и способствует формированию асоциальных форм поведения [35].

Таким образом, согласно предположению С.П.Генейло, фактором, повышающим риск наркотизации, является высокий уровень напряженности потребностей и низкий уровень возможности их удовлетворения. К сожалению, остается неясным качественное содержание потребностей, фрустрация которых повышает риск приобщения к наркотикам. Отметим также еще одно очень важное обстоятельство. Для значительного числа исследований причин наркотизации характерно традиционное понимание поведения человека как процесса, направленного на удовлетворение потребности или нескольких потребностей. Обнаружение потребности или класса потребностей,

неудовлетворение которых выступало бы как специфическая предпосылка наркотизации означало бы, во-первых, наличие в наркомании телеологического основания, а, во-вторых, возможность построения результирующей терапии. Однако, как показывают научные исследования и анализ клинической практики, наркомания не имеет ни общего телеологического основания, ни результирующей терапии (В.А. Петровский).

Мы полагаем, что ответ на вопрос о том, что представляет собой класс потребностей, которые лежат в основе формирования психической зависимости, отсутствует до сих пор именно потому, что причины наркотизации связаны с иным, нежели потребности и потребностные состояния, психическими явлениями. Мы считаем, что решающим условием формирования психической зависимости является переживание могу (В.А.Петровский), т.е. переживание избыточности возможностей удовлетворения потребностей, а не сами неудовлетворенные потребности как таковые. Переживание «могу» принципиально отличается от переживаний, связанных с тем, что я что-то не могу. Могу — это избыток, переживания, которых близко к тому, что С.Л.Рубинштейн обозначал термином «интерес», а В.А.Петровский обозначает термином «устремление». Есть некие «я могу»: я могу потребовать (наркотик), я могу это взять, я могу это употребить в компании друзей. «Я могу» характеризуется субъективным ощущением преодоления помех: мне ничего не мешает это сделать. А дальше возникает ощущение грандиозных возможностей — разрешения генерализованной неудовлетворенности. Стремление субъекта воспользоваться

нарастающими возможностями — это не совсем то, что в психологии называют термином «потребность», это иной вид побуждения. Разницу между побуждениями, основанными на дефицитарности (потребности) и побуждениями, порожденными переживаниями избыточности, рассмотрим на следующем примере. Аффективная потребность, т.е. потребность быть принятым в группе — это дефицитарность, это отсутствие субъективного переживания принятости другими, значительности для других, нужности им и т.п. Наличие такой потребности нередко подталкивает субъекта к употреблению наркотиков как способа завоевания симпатии группы. В свою очередь, побуждения, основанные на избыточности (устремления), возникают тогда, когда субъект переживает ощущение свободы, а именно, свободы воспользоваться своими возможностями, что *подталкивает* его вперед, за пределы его поведения. Примером такого рода состояний является бравада, порой увлекающая субъекта далеко за рамки того поведения, которое было бы сообразно с его потребностями. В браваде субъект переживает и *пользуется* избытком своих возможностей: я чувствую себя смелым, рискующим, не ограниченным. Такое переживание «могу», побуждение активности субъекта в какой-либо сфере отношений или деятельности снижает, а то и вовсе снимает остроту переживаний «не могу» во всех других сферах отношений и деятельности. Возможно поэтому наркотик и становится практически универсальным средством решения жизненных проблем.

Таким образом, в анализе развития психической зависимости мы вынуждены обращаться и к категории «потребность», и к категории «могу», которая обозначает

избыточность возможностей и действует как побуждающая сила.

Значительный интерес представляют собой работы, посвященные исследованию черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками и алкоголем. К ним можно отнести:

- ◆ слабое развитие самоконтроля и самодисциплины;
- ◆ эмоциональная незрелость;
- ◆ низкая устойчивость к всевозможным воздействиям и неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности;
- ◆ деформированная система ценностей;
- ◆ склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из трудной психотравмирующей ситуации;
- ◆ болезненная впечатлительность, обидчивость;
- ◆ неспособность адекватно воспринимать ситуации, связанные с необходимостью преодоления жизненных трудностей, налаживания отношений с окружающими и регуляции своего поведения.

Н.Ю. Максимова [70] предполагает, что актуализации психологической готовности подростков к употреблению наркотических веществ способствуют следующие причины:

- неспособность подростка к продуктивному выходу из ситуации затрудненности удовлетворения актуальных, жизненно важных потребностей;

- несформированность и неэффективность способов психологической защиты подростка, позволяющей ему хотя бы на время снять эмоциональное напряжение;
- наличие психотравмирующей ситуации, из которой подросток не находит выхода.

Таким образом, подросток оказывается беспомощным перед захлестывающими его отрицательными состояниями и прибегает к изменению своего состояния химическим путем.

Р. Dewc [58] полагает, что субъект, употребляя наркотики, нанося себе вред, «попадает под контроль схемы с неподходящим способом подкрепления - наркотическим веществом». Наркотик помогает неуверенному и боязливому человеку освободиться от страха и неуверенности.

Отмечается, что в результате развития наркотической зависимости личность начинает изменяться. Внутренние конфликты обостряются, а слабая психическая адаптация становится все более очевидной. В работах Н.С. Курека [60] выявлены особенности эмоциональной активности наркозависимых: снижение адекватности восприятия эмоций у другого человека по мимике, жестам и позам, нормальный или повышенный уровень эмоциональной экспрессии; нивелировка половых различий в эмоциональной сфере между юношами и девушкам.

Таким образом, отмечается не только нарушение эмоциональной сферы наркозависимых, но, что особенно важно с точки зрения изучения социального поведения наркоманов, нарушения в выражении и распознавании эмоций.

Особую роль в приобщении подростков к наркотикам играет неформальная группа. Ее влияние на личность подростка очень велико. Постоянные нарушения взаимоотношений подростка со сверстниками могут являться тонким показателем возможных аномалий психического развития. По мере взросления подростка система его взаимоотношений со сверстниками оказывает возрастающее влияние на его поведение и установки. Популярность ребенка в группе связана с рядом его индивидуальных особенностей: уровень интеллектуального развития; приятный внешний вид; живость в общении; способность к установлению дружеских контактов; успешность в тех или иных видах деятельности, которые наиболее значимы для членов группы. Непопулярность и социальная отвергнутость ребенка могут быть предвестниками отклоняющегося поведения и психических нарушений.

М.А. Алемаскин установил, что подростки становятся на путь отклоняющегося поведения под влиянием старших по возрасту ребят [5].

Необходимо сказать, что школа как социальный институт тоже может являться фактором риска приобщения к наркотикам. Было установлено, что нестабильность преподавательского состава наиболее характерна для школ, в которых отмечается наибольшее число проблем среди учащихся. Если школа действительно может повлиять на подростка, важно знать, каким образом можно обеспечить ее воздействие именно в лучшую сторону. К сожалению, надежных данных, касающихся этого вопроса, немного. Харгрейвер [155] в исследовании социальных взаимоотношений в средних школах обратил внимание на

последствия жесткого разделения учеников на потоки. В более успешных группах отмечаются хорошие взаимоотношения между учителем и учениками, и последние, как правило, преданы школе и серьезно относятся к учебе. От детей из группы более слабых учителя ожидают только плохого и, кроме того, подростки в таких группах получают меньше положительных эмоций. Эти наиболее слабые группы, по существу, формируют особую субкультуру, в рамках которой может осуществляться приобщение к наркомании. Данные этого исследования хорошо согласуются с данными других авторов. Создается впечатление, что разграничение между сильными и слабыми учениками с большой вероятностью приводит к формированию у слабых подростков отклоняющегося поведения.

Существенный интерес с точки зрения анализа причин наркотизации представляет вопрос об устойчивости (трансситуативности) поведения человека. Высказываются полярные точки зрения о детерминации поведения человека с устойчивыми характерологическими особенностями, с одной стороны, и ситуативными факторами - с другой [99].

По мнению ряда авторов, исследующих проблему наркомании, продуктивным является подход, основанный на использовании принципа дополнительности взаимодействия трансситуативных и ситуативных факторов, причем в большинстве случаев детерминирующими являются личностные, а ситуативные факторы играют роль модулятора (определяя вариативность проявления личностных факторов). В некоторых случаях иерархия факторов может меняться. Преувеличение роли ситуативных факторов в поведении (как это делают сторонники бихевиорального направления) может

приводить к особо негативным последствиям именно при теоретической и практической оценках наркомании у подростков. Рассмотрение ситуативных факторов в качестве детерминант (а не модуляторов) приводит к освобождению от ответственности личности за свое поведение.

Таким образом, факторы риска приобщения к наркотикам не должны рассматриваться изолированно друг от друга. Решающую роль играет их взаимодействие.

Анализ исследований отечественных и зарубежных психологов, а также исследования, проведенные нами [88, 93], позволяют сформулировать следующие выводы.

- ◆ Имеющиеся психологические данные неоднородны и противоречивы по характеру, а корреляты употребления наркотиков часто путают с их причинами.

- ◆ Ни одна концепция возникновения, формирования психологической зависимости не представляется исчерпывающей и убедительной.

- ◆ Столкновение личности с обстоятельствами, препятствующими реализации в жизни ее глубинных, базисных тенденций, обуславливает предрасположенность к злоупотреблению наркотиками.

- ◆ Злоупотребление наркотиками является защитной активностью личности перед лицом трудностей, которые препятствуют удовлетворению наиболее важных и значимых для него потребностей и носит адаптивный смысл.

- ◆ Побуждением к употреблению наркотиков может быть не только ожидания снижения напряженности неудовлетворенных потребностей, но и ожидания возрастания возможностей действия на фоне наркотического опьянения. Речь идет об отношении к

наркотику как средству, увеличивающему возможности индивида во взаимодействии с миром.

Конечно, приведенный анализ не является исчерпывающим. Однако, он дает возможность увидеть многоаспектность проблемы и роль психического фактора в динамике зависимости. В связи с этим, эффективное лечение наркомании возможно, если оно строится как системное воздействие, способное повысить возможности личности самореализоваться в динамичной социальной среде.

Наименее исследованным аспектом наркомании оказывается центральный компонент зависимости - психическая зависимость от наркотика. На наш взгляд, это объясняется следующими причинами. Во-первых, длительной недооценкой психических факторов патогенеза при наркомании. Во-вторых, отсутствием достоверных и надежных данных об эффективности различных методов разрушения психической зависимости. В-третьих, неразработанностью методологической базы для исследования структуры, функций и динамики психической зависимости от наркотического вещества.

Однако очевидно, что все попытки первичной, вторичной (реабилитация) и третичной профилактики наркомании среди молодежи будут малоэффективны без анализа центрального компонента наркомании - психической зависимости.

2. Психическая зависимость при наркомании

В традиционной наркологии наркомания рассматривается как неизлечимая болезнь, с более или менее

продолжительными ремиссиями [94, 95,131]. В структуре наркомании выделяют ряд основных феноменов, которые проявляются в ходе развития болезни.

1. Синдром психической зависимости. Ее суть заключается в том, что человек перестает чувствовать себя более- менее вписанным в жизнь без приема наркотиков. Наркотик становится важнейшим условием контакта человека с жизнью, собой, другими людьми.

2. Синдром физической зависимости, которая заключается в том, что постепенно наркотик встраивается в различные цепи обменных процессов в организме. Если наркоман не принимает соответствующее количество наркотика, то он испытывает различные по степени выраженности физические страдания: ломота, сухость кожи (или, наоборот, обильная потливость). Это явление называется абстинентным синдромом. Для его снятия необходимо принятие наркотика, дозы которого постоянно увеличиваются.

3. Синдром измененной реактивности организма к действию наркотика. Важнейшую роль в структуре данного синдрома играет толерантность. Ее возрастание, стабилизация на высоком уровне, снижение относят к стержневым симптомам наркомании [94].

С полной уверенностью можно утверждать, что современная наркология ориентирована преимущественно на реализацию лечебных воздействий, направленных на синдром физической зависимости и изменение реактивности организма на прием наркотического вещества. В подавляющем большинстве случаев лечение сводится к госпитализации больного, лишению его возможности

принимать наркотики, проведению дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. В последние годы в лечении больных наркоманией все более активно начинают использоваться различные средства, заимствованные из психиатрии. Перечисленные мероприятия купируют абстинентный синдром, разрушают физическую зависимость [10]. При этом психическая зависимость, на наш взгляд, играющая в развитии наркомании важнейшую роль, остается вне досягаемости для существующих сегодня терапевтических мероприятий, построенных в соответствии с традиционным психиатрическим подходом. Увы, «внушение больному отвращения к принимаемому средству, когда он находится в состоянии гипноза и во время выработки отрицательного рефлекса на вещество, которым злоупотребляет» [131], оказывается малопродуктивным методом разрушения психической зависимости.

Клинические наблюдения показывают, что чисто медицинский подход к наркомании оказывается неэффективным ни в плане лечения и реабилитации, ни, тем более, в плане профилактики [93].

Низкая эффективность сложившихся в наркологии подходов к лечению наркомании связана с тем, что вне их досягаемости оказывается синдром психической зависимости от наркотиков. Анализ специальной литературы показывает, что различные аспекты возникновения, структуры, динамики, терапии, а также места и функции психической зависимости до сих пор остаются недостаточно исследованными.

На наш взгляд, сложившаяся ситуация связана с несколькими причинами. Прежде всего с тем, что будучи

одним из первых (по времени формирования) психическая зависимость одновременно является и самым длительным (по времени существования), и самым трудно устранимым феноменом. С развитием наркомании и появлением другой симптоматики психическая зависимость и в сознании наркомана, и в сознании связанных с ним людей - родственников и медицинских работников - отступает на второй план как менее острое (в переживаниях) и менее яркое (в проявлениях) явление, уступая место таким феноменам как, например, абстинентный синдром. Поскольку подавляющее большинство наркоманов обращаются за помощью на довольно поздних стадиях болезни, то внимание специалистов концентрируется прежде всего на физиологической симптоматике. В отношении психической составляющей абстинентного синдрома используется, как правило, фармакологические средства из арсенала психиатрии. Не останавливаясь сейчас подробно на психологическом аспекте абстинентного синдрома, отметим лишь, что его значение в практике лечения наркомании явно недооценивается. Наши клинические наблюдения за поведением наркоманов в состоянии абстинентного кризиса показывают, что наиболее важную роль в его протекании играют не столько телесные страдания, сколько *ожидания* этих страданий и *отношение* к ним. Эти наблюдения хорошо соотносятся с давно известными в психологии фактами, говорящими о том, что физическая боль зависит от настроения и эмоционального состояния в конкретный момент. Так, даже очень болезненные раны в пылу сражения остаются незамеченными. Известно, что если фокус внимания наркомана в период обострения абстинентного

синдрома смещен с ожидания страдания на какую-либо динамичную активность (например, управление автомобилем и др.), то интенсивность физических страданий существенно снижается. Не менее важным, на наш взгляд, является научно еще незафиксированный, но хорошо известный из практики факт более *ответственного* отношения к лечению и последующей поддерживающей психотерапии у наркоманов, переживших абстинентный синдром без медицинской помощи (ломка «всухую»).

Таким образом, будучи оттесненной на второй план проявлениями абстинентного синдрома, психическая зависимость и воспринимается как явление второстепенное в структуре наркомании. В связи с этим, внимание исследователей концентрируется прежде всего на соматических и физиологических аспектах наркомании. Пребывание наркомана в стационаре, каким бы продолжительным оно не было, тем не менее, ограничено. Сложившаяся практика такова, что пребывание в стационаре ограничено периодом, необходимым для купирования абстиненции и стабилизации соматического здоровья. Таким образом, наркоман, находящийся в стадии ремиссии, оказывается за пределами лечебного учреждения при сохранении психической зависимости. В условиях крайней неразвитости в нашей стране системы амбулаторной психотерапевтической и поддерживающей помощи наркоманам в период ремиссии, сохранение психической зависимости является важнейшей причиной безуспешности усилий врачей и самого наркомана в отношении лечения, причиной рецидива.

Наш опыт показывает, что в условиях вынужденного отказа от употребления наркотиков, например, вследствие пребывания в исправительных учреждениях, психическая зависимость может сохраниться на протяжении нескольких лет.

Еще одной причиной недостаточной исследованности психической зависимости является ее сложное строение. В наркологии [94,95,131] психическая зависимость рассматривается как синдром, в структуре которого выделяют психическое (обсессивное) влечение к наркотику и способность достижения психического комфорта в интоксикации. При этом «психическое влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения в предвкушении приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствии наркотика. Часто влечение сопровождается борьбой мотивов. В сочетании с навязчивостью мыслей о наркотике, это дает основание называть психическое влечение обсессивным» [131].

Отметим здесь, что одной из характеристик обсессивных состояний является то, что для их возникновения не требуется определенных ситуаций. Между тем, тот же автор [131] отмечает, что «влечение обостряется при неприятных переживаниях, встречах с друзьями - наркоманами, разговорах о наркотиках» [131]. На самом деле, круг ситуаций, *обостряющих* стремление к наркотику, гораздо шире приведенного и должен включать в себя по меньшей мере разнообразные семейные ситуации [88][93]. Роль семьи в консервации психической зависимости от наркотика будет подробно рассмотрена нами ниже. Здесь же обратим внимание на то, что характеристика психического влечения

как *обсессивного* и недостаточна, и не адекватна. Ее недостаточность связана с тем, что, фиксируя навязчивый характер стремления к наркотику, это определение игнорирует то, что само по себе употребление наркотика на определенном этапе развития наркомании перестает быть *целью* и становится *средством*, т.е. помимо аспекта «хочу», в нем явно просматривается «могу».

Неадекватность характеристики влечения к наркотику как *навязчивого* заключается, на наш взгляд, в том, что само это влечение переживается наркоманом как **его собственное** состояние, тогда как для навязчивых состояний характерно то, что они воспринимаются человеком *как чуждые* (курсив наш – С.Б., К.Л.)» [92].

Низкий уровень разработанности проблемы психической зависимости обнаруживается и при соотнесении феномена зависимости с используемым для его характеристики понятием «влечение». Как известно, влечение - это «психическое состояние, выражающее недифференцированную, неосознанную или недостаточно осознанную потребность субъекта. Влечение является приходящим явлением, поскольку представленная в нем потребность либо угасает, либо осознается, превращаясь в конкретное намерение, желание, мечту и др.» [92]. Очевидно, что такое определение *влечения* очень условно соотносится с обозначенным им в контексте проблемы психической зависимости явлением:

а) стремление к наркотику всегда осознается и субъективно переживается как желание и конкретное намерение, следовательно, это не влечение. Не осознается причина, по которой субъект стремится к наркотику;

б) трудно согласиться также с тем, что в стремлении к наркотику представленная в нем потребность угасает. Напротив, психологический анализ показывает, что представленная в стремлении к наркотику потребность **воспроизводится**, причем, воспроизводится в «расширенном» варианте.

Если же мы теперь вернемся к классическому психоаналитическому пониманию влечения, сформулированному З. Фрейдом [153], то мы должны будем выяснить и описать такие его аспекты, как источник, цель, объект и сила. Попытки характеризовать психическую зависимость как влечение, через характеристику ее аспектов, приводит к необходимости отказа от этого понятия как неадекватного. Например, попробуйте дифференцировать источник, цель и объект влечения? Любые попытки такой дифференциации оказываются безуспешными, если только не вводятся различные допущения и оговорки.

Таким образом, мы приходим к пониманию того, что явление, обозначаемое в современной наркологии и психиатрии как обсессивное влечение к наркотику, требует более адекватного названия. Нужно отметить, что в «наркоманском» сленге существует жаргонизм совершенно точно отражающий сущность психической зависимости - «тяга». Точно также, в сленге наркоманов существует слово, обозначающее физическую зависимость - «кумары». Заметим, что в сознании наркомана эти виды зависимости также разведены, как и в научной литературе. Наркоманы говорят: «тяга - в голове, а кумары - в теле».

Своеобразным подтверждением большего соответствия жаргонизма «тяга» сущности психологической зависимости

по сравнению с традиционно используемым в психиатрии понятием «влечение» является то, что в неформальном межличностном общении при обсуждении профессиональных проблем наркологи предпочитают использовать слово «тяга».

Таким образом, анализируя структуру психической зависимости, мы сталкиваемся с особой реальностью, которая требует специального *психологического* обозначения.

В поисках обозначения для той особой формы активности, которая реализует психическую зависимость, мы остановились на слове «устремления». Мы полагаем, что тот смысл, который вкладывает в понятие «устремление» В.А. Петровский, соответствует специфике обсуждаемого феномена. Прежде всего потому, что устремление является такой формой активности, в которой наркотик как цель и наркотик как средство представлены одновременно, совместно. В устремлении «хочу» (влечение) и «могу» (навыки, знание, опыт) выступают совместно, «поддерживая друг друга и переходя друг в друга» [89]. Далее вчитаемся в авторский текст: «Устремленный человек знает, чего он хочет, располагает определенной схемой действия и, кроме того, действует, а не просто грезит. Быть устремленным - это значит располагать возможностями, которые прорываются вовне. В устремлении проявляется именно избыток возможностей, а не их недостаточность. Здесь главное - само действие. Оно самоценно и заключает в себе возможность самовоспроизводства» [89]. Конечно, наркоман знает чего он хочет; очевидно, что он располагает весьма эффективной схемой действия; наконец, он действует! Сама возможность употреблять

наркотик возникает как побуждение к действию в направлении возможности, как средство изменения состояния, когда состояние не устраивает.

Заметим, что в обыденном языке также существует слово, объединяющее в себе модус желаний и модус возможностей. Это слово *охота*. Вот как определяет его В. Даль: «состояние человека, который что-либо хочет; хотение, желание, склонность или стремление; ... страсть, слепая любовь» [44]. С.И. Ожегов дает сходное толкование слова «охота», акцентируя в нем «чреватость действия» и неопределенность одновременно: «желание, стремление...» [76]. Охота пуще неволи.

Таким образом, «охота» - это не просто желание или стремление, а **собственное** желание, которое сильнее **воли**. Более того, семантика обыденного слова «охота» содержит в себе интенцию качественного преобразования, саморазвития: отдайся охоте, будешь в неволе; или: с молодости - в охоту, под старость - в неволю [44].

Таким образом, мы полагаем, что в психической зависимости проявляется для наркомана избыток возможностей. Бесспорным, на наш взгляд, аргументом в пользу последнего тезиса является существование второго выделяемого в наркологии симптома в структуре синдрома психической зависимости, а именно, симптома *способности достижения состояния психического комфорта* в интоксикации. Наиболее существенным нам представляется здесь понимание того, «что состояние психического комфорта в интоксикации для наркомана означает не только уход от дискомфорта трезвости, но и восстановление психических функций. Наркотик становится необходимым

условием благополучного психического существования и функционирования» [131]. Таким образом, мы действительно видим именно избыток возможностей, а не их недостаточность.

Если мы теперь признаем, что по психологическому статусу психическая зависимость от наркотика - это *устремление*, т.е. особая форма активности субъекта, которая характеризуется своей способностью к самовоспроизводству и самодвижению, то понятными и объяснимыми станут те особенности феномена, которые ранее только фиксировались, но не объяснялись. Мы имеем в виду такие особенности как:

- * неспецифичность [94; 131; 74];
- * длительность [131];
- * трудноустранимость [131];
- * развитие в процессе болезни (появление со временем новых черт) [94];
- * ажитация [74];
- * воспроизводимость.

Понимание перечисленных параметров психической зависимости возникает в ходе следующих рассуждений.

Психическая зависимость как устремление характеризуется своей самоценностью. Такой подход совершенно лишает смысла вполне прагматичный вопрос: устремление к чему? Значит, психическая зависимость не специфична. Устремление как форма активности самоценно само по себе, а самоценность для субъекта заключается в возможности перехода «хочу» в «могу», когда каждое последующее движение становится условием возрастания «хочу», а достижение желаемого - условием возрастания «могу». Таким образом, причины движения не в какой-либо

цели, что подразумевало бы возможность ответа на вопрос «к чему влечение?» или «устремление к чему?», а в самом движении. Это и объясняет неспецифичность психической зависимости: наркоману по большому счету неважно, «что употребить».

Понимание психической зависимости как устремления, практически снимает вопрос о причинах ее воспроизведения: устремление имманентно содержит в себе возможность самовоспроизводства [81]. При этом важнейшим условием воспроизводства является «соблазн возможности» [81].

Соблазн возможности (В.А.Петровский) оказывается сильнее, чем инстинкт самосохранения.

Здесь сама *возможность* становится достаточным основанием действия. Более того, как показывают наши клинические наблюдения, зачастую, употребляя наркотики, наркоман действует не потому что стремится к какому-либо результату, а потому, что стремится к реализации самого действия. Устремление к реализации действия, мотивируемое возможностью действовать, раскрывает нам отличие психической зависимости как устремления от других устремлений, например, эмоциональных. В эмоциональных устремлениях взаимопереход «хочу» в «могу» и обратно, поддерживаемый средой, приводит к наращиванию и расширению *реальных* возможностей индивида. В том числе и возможности управления собственным «хочу». По мере развития физиологической симптоматики наркомании способность субъекта к саморегуляции своего «хочу» снижается. Таким образом «хочу», как характеристика субъекта подменяется *необходимостью*, как следствием болезни. «Хочу» как выражение направленности субъекта

вытесняется необходимостью как следствием нарушении физиологической организации индивида. Поэтому психическая зависимость как устремление циклично. Метафорой, выражающей самодвижения позитивных устремлений, является движение по спирали. Метафорой, выражающей самодвижение психической зависимости, является движение по окружности. Это проясняет, почему психическая зависимость не является условием личностного роста в отличие от устремлений в когнитивной или эмоциональной сфере.

Также понятными становятся и причины трудноустранимости психической зависимости. Очевидно, что устранение психической зависимости означает либо нарушение возможности перехода ценностно-целевого аспекта отношения к наркотику в инструментальный и наоборот, либо разрушение одного или обоих этих аспектов. Однако теперь достаточно вспомнить, что состояние наркотического опьянения - это состояние, когда достигается *нормальное* психическое функционирование [94; 131], чтобы стала понятной вся сложность ответа на вопрос: «А что взамен?». Что можно предложить наркоману взамен доступных ему, хорошо им освоенных и простых способов достижения состояния нормального функционирования? Мы в процессе наших исследований и клинической практики обнаружили один возможный ответ: «Только более эффективные способы достижения удовлетворенности **от и равновесия с жизнью ...**». Практическая инструментальная сторона этого ответа видится нам в поисках средств (терапевтические методы и техники, терапевтическая среда) развития, не связанных с наркотиками устремлений.

Возможность построения такой терапевтической практики показана в работах В.А. Петровского и его сотрудников [89; 123].

Проведенный нами анализ дает основание утверждать, что эффективность программ первичной профилактики напрямую зависит от того, насколько они способствуют порождению трансфинитных форм активности в когнитивной, эмоциональной и волевой сферах личности [82]. Будучи самоценными и самопорождающими, эти формы активности выступают как надежный фактор наркоустойчивости [93].

В 1998 — 1999 годах нами было проведено исследование, суть которого заключалась в следующем. На предварительном этапе было отобрано 120 человек (80 мужчин и 40 женщин) в возрасте от 25 до 30 лет, чье детство и юность прошли в максимально насыщенной факторами наркориска среде и имевших опыт пробного употребления наркотиков. Нас интересовало субъективное мнение испытуемого при интерпретации объективного фактора: все они смогли отказаться от наркотиков на этапе экспериментирования и никто из них не стал наркоманом. Нами использовался метод беседы. Испытуемого спрашивали: «Что, на Ваш взгляд, было причиной, побудившей (удерживающей) Вас от употребления наркотиков?». Получив ответ, исследователь задавал вопрос: «Почему это было важно для Вас?» или «А для чего это было Вам нужно?», и т.п. Опрос оканчивался тогда, когда испытуемый не мог дать ответа или воспроизводил уже звучавший ответ. Анализ текстов, высказываний испытуемых показывает, что в 87% случаев причиной, удержавшей испытуемого от дальнейшего употребления наркотиков, были

устремления в когнитивной, эмоциональной, волевой сферах. При этом, в 76% случаев устремления испытуемых были связаны с социальной сферой жизни.

Еще одна важная причина трудноустранимости психической зависимости видится нам в следующем. Важнейшие черты психической зависимости - самодвижение, самопорождение, воспроизводимость и др. - наделяют ее свойствами *субъекта*. Наличие в структуре личности наркомана психической зависимости, обладающей свойствами субъекта, приводит к тому, что в поведении наркомана появляются *субъектные* проявления. Субъектность поведения индивида, обладающего психической зависимостью, очевидна: это поведение, *преодолевающее* биологические ограничения (инстинкт самосохранения), и социальные запреты и нормы. Такие субъектные проявления находят свою продолженность в личности других людей, для которых наркоман обладает личностной значимостью (члены семьи, друзья и т.п.). Таким образом, психическая зависимость наркомана приобретает представленность в жизненной ситуации близких наркоману людей, выступая как источник преобразования этой ситуации. Именно поэтому обнаружение факта наркомании в семье становится стартом стремительного формирования созависимости [88],[93]. Отражаясь в других, психическая зависимость наркомана выступает как деятельное начало, меняющее их (этих других) взгляд на жизнь, на себя, на семью, формирующее у них новые побуждения, ставящее перед ними новые цели. Жизнь семьи наркомана принципиально меняется, как только его наркомания становится явной для близких.

Основания (зависимость) и последствия активности наркомана имеют для членов его семьи тот или иной личностный смысл. Заметим при этом, что эффекты инобытия наркомана (т.е. бытия в идеальной форме в психическом пространстве связанных с ним межличностными отношениями людей [81, 82]) оказываются более глубокими и мощными, чем эффекты его реального бытия.

Отраженное бытие психической зависимости наркомана в других людях (родных и близких), находя в них свою идеальную продолженность и представленность, становится фактором развития личности индивида с наркотической зависимостью. Личность, по мысли В.А. Петровского, развивается во взаимопереходах отраженной и возвращенной субъектности. Таким образом, отражая те изменения, которые наркоман производит в жизни других людей, он сам развивается как личность. Однако очевидно, что *отраженное*, *возвращенное* и *реально действующее* не совпадают и не могут совпадать! Реально действует наркоман, как целокупность ипостасей его личности, в других отражаются субъектные проявления его психической зависимости, а возвращаются достроенные до целостной завершенности возвращенные образы *наркомана*. Таким образом, сущностное в личности индивида, обладающего психической зависимостью, вступает в противоречие с отраженным в других людях и в себе самом (т.е. с существованием). Иными словами, ненаркотическое сущностное вступает в конфликт с наркоманским существованием. Последнее обстоятельство полностью подтверждается данными эмпирических исследований психических и личностных особенностей

наркоманов периода взросления, приведенными в следующем параграфе.

Особый трагизм только что описанного механизма видится нам в следующем. Все хорошее и доброе, чем обладал человек до начала употребления наркотиков, не исчезает и потом, оно продолжает существовать, но преимущественно во внутреннем пространстве бытия индивида. В окружающих близких отражается теперь не ранее любимый и дорогой им человек, а *проявления его наркоманского поведения*. Теперь индивид, употребляющий наркотики, отражается в близких людях не во всей совокупности своих человеческих черт, а *частично* как наркоман. Именно эта, «частичная отраженность» и возвращается ему, становясь основой развития особой структуры его личности. Сын Павел, употребляющий наркотики, смотрит на своего отца Петра и через него понимает, что он — наркоман.

Таким образом, во взаимопереходах отраженной и возвращенной субъектности *психической зависимости* развивается особая ипостась личности индивида с наркотической зависимостью - личность наркомана. Назовем ее *наркотической личностью*. Так, в пространстве бытия индивида, употребляющего наркотики, развивается патологическое образование — наркотическая личность. Важнейшим условием ее развития являются реакции окружающих наркомана людей. Глубинный внутриличностный конфликт, сопровождающий наркоманию [88], является, по нашему мнению, конфликтом личности и наркотической личности индивида. Психологические исследования наркомании, о которых речь шла в предыдущем

параграфе, клинические данные, наблюдения за поведением наркоманов, а также свидетельства родителей наркоманов убедительно показывают не только высокую устойчивость наркотической личности, но и ее большую эффективность, гибкость и адаптивность. Очевидно, что ее «разрушение» может быть результатом только неадаптивных проявлений здоровой части личности индивида, страдающего наркоманией замеченных и поддержанных родителями и близкими. Таким образом, мы полагаем, что вторичная профилактика наркомании (реабилитация) должна быть направлена на развитие устремлений здоровой части личности наркомана.

Поскольку, как это было показано выше, результирующим эффектом возникновения психической зависимости является развитие *наркотической личности*, то нам представляется правомерным и обоснованным рассмотреть различные типы ее атрибуции бытию индивида, страдающего наркоманией. Следуя логике В.А. Петровского [80], [81], [82], [89], мы должны дать интраиндивидуую, интериндивидуую и метаиндивидуую интерпретацию *наркотической личности*.

В **интраиндивидуальном пространстве** наркотическая личность описывается как те характеристики индивида, появление которых связано с употреблением наркотика. Различные известные попытки построения «портретов», «профилей» наркоманов есть не что иное, как описание наркотической личности в интраиндивидуальном пространстве. Результаты наших исследований, выполненных в этом направлении, подробно приведены в следующем параграфе данной главы. Здесь же отметим лишь крайне конфликтный

характер отношений *наркотической личности* с другими аспектами личности наркомана. Именно этим объясняется крайняя противоречивость, конфликтность и несовместимость интраиндивидуальных черт личности наркомана, обнаруженная С.В. Березиным и Н.А. Расщепкиной при использовании проективных методов [88].

Очень ярко и образно остроту переживаемого конфликта выразил один из наших клиентов: «Ну как тут не уколоться, когда у тебя в душе и палач, и жертва?» (Александр Н., 22 года, стаж опийной наркомании 2 года 7 месяцев).

Мы полагаем, что наличие глубинного конфликта между различными аспектами личности наркомана на интраиндивидуальном уровне выступает как одно из условий воспроизводства психической зависимости.

В пространстве межиндивидуальных связей (интериндивидуальная личностная атрибуция) *наркотическая личность* проявляется прежде всего в специфических для наркомании и неспецифических для нее играх, в которые играют наркоманы. Лживость, лень, конфликтность, игнорирование морально-этических норм в поведении, манипулятивность - вот типичный для *наркотической личности* набор характеристик. Принципиальным, на наш взгляд, является тот факт, что внимание родителей наркомана сосредоточено прежде всего на проявлениях *наркотической личности*. Анализ взаимодействия наркомана и членов его семьи во время семейных сессий дает основание утверждать, что общение в «наркоманских» семьях строится именно с *наркотической личностью*. При этом здоровая часть личности практически игнорируется. Таким образом, в системе межиндивидуальных связей также обнаруживаем

условия воспроизведения психической зависимости. Такими условиями, на наш взгляд, являются дефицит спонтанности и близости во внутрисемейном (и шире - социальном) взаимодействии, игнорирование со стороны родителей «здоровой» части личности наркомана, напряженность межличностных отношений. Здесь мы сталкиваемся с переживанием того самого драматизма несоответствия «для - себя - бытия» и «бытия - для - других» [80]. Наконец, когда мы говорим о **метаиндивидуальной атрибуции наркоманской личности**, мы имеем в виду широчайший круг явлений, описываемых понятием «созависимость». Наша позиция, аргументация которой будет приведена во второй главе, заключается в том, что в основе созависимых отношений при наркомании лежат ригидные субъектные представленности наркомана в сознании его родителей и близких.

Понимание созависимости как совокупности эффектов, порождаемых субъектной представленностью наркомана в жизни окружающих его людей, объясняет ранее только *отмечавшийся* факт продолжения существования созависимого поведения не только за пределами актуального взаимодействия наркомана, но и в случаях, когда наркоман не существует физически (смерть в результате передозировки и т.п.).

Говоря о метаиндивидуальном аспекте наркотической личности отметим, что речь идет также и о вкладах субъекта в себя, как «в другого»: проявления наркоманской личности отражаются и в других, приобретая в них свою продолженность, и в самом наркомане, расширяя сферу своего присутствия, сокращая пространство здоровой части личности наркомана. Здесь мы видим кольцо

самопричинности в развитии психической зависимости и наркотической личности. Заметим, что «самопричинность» развития наркотической личности объясняет наличие принципиальной разницы между шизофреническим расщеплением личности и двойственностью личности при наркомании.

Таким образом, мы полагаем, что важнейшим условием, поддерживающим психическую зависимость, является метаиндивидуальная представленность наркомана в жизни других людей и его собственной жизни.

Таким образом, семья не является *причиной* наркотизации: она является *условием* формирования психической зависимости.

Проведенный нами анализ психической зависимости, выполненный в рамках теории персонализации (А.В. Петровский, В.А. Петровский), позволил нам описать структуру, динамику, условия ее возникновения и воспроизводства.

Обнаружив очень перспективную, на наш взгляд, возможность интерпретации психической зависимости как особого устремления - мы неизбежно сталкиваемся с необходимостью поиска и определения условий, в которых это устремление приобретает способность к неограниченному воспроизводству.

Очевидно однако, что обнаружение условий возникновения и развития психической зависимости, понимаемой как устремление, это лишь первый, хотя и очень важный, с точки зрения первичной и вторичной профилактики, шаг. Вторым шагом должен быть поиск психологических средств воздействия, разрушающих или

модифицирующих условия, создающие возможность порождения и воспроизводства психической зависимости. Мы полагаем, что условия, «поддерживающие» существование психологической зависимости, могут быть сгруппированы в три основных типа:

- ◆ интраиндивидные (индивидуально-психологические);
- ◆ интериндивидные (т.е. существующие и «скрывающиеся» в пространстве межиндивидных связей);
- ◆ метаиндивидные (т.е. существующие не просто за границами самого индивидуального субъекта, а именно «за пределами его актуальных связей с другими индивидами, за пределами его совместной деятельности с ними») [80].

В данном случае мы используем понятия, введенные В.А. Петровским. И хотя в работе В.А. Петровского [80] речь шла о различных типах личностной атрибуции, мы видим возможность использования понятий *интраиндивидный*, *интериндивидный* и *метаиндивидный* для обозначения тех сфер личностных проявлений, в которых могут быть обнаружены феномены, порождающие и поддерживающие психическую зависимость при наркомании.

Условия *интраиндивидного* типа будут рассмотрены нами в следующем разделе настоящей главы. Традиционно, именно они являются предметом подавляющего большинства психологических исследований наркомании.

Условия *итериндивидного* типа в аспекте семейных связей будут рассмотрены в специальной главе. Нужно отметить, что литература, посвященная анализу условий, порождающих и поддерживающих психическую зависимость, которые могли бы быть отнесены к этой сфере, сосредоточена

в основном вокруг двух проблем: проблемы созависимости в семье и проблемы отношений в «наркоманской» группе. По сравнению со сферой интраиндивидуальных условий, условия интериндивидуального типа изучены, на наш взгляд, крайне недостаточно.

Наконец, инобытие наркомана, как условие воспроизводства психической зависимости, будет рассмотрено нами в третьей главе. Каких-либо исследований, которые были бы посвящены изучению условий этого типа, нам обнаружить в литературе не удалось.

Применение концепции метаиндивидуального инобытия личности для анализа динамики психической зависимости от наркотиков позволяет распространить принципы семейной психотерапии даже на те случаи, когда наркоман живет вне семьи, или воспитывался вне семьи: условием формирования созависимости является не семья сама по себе, а *значимость* наркомана для другого и другого для наркомана.

Еще одним важным следствием, вытекающим из приведенных выше рассуждений и открывающим перспективы дальнейших исследований, является возможность интерпретации психической зависимости при наркомании как отношений созависимости с сами собой. Имеется в виду субъектные «вклады» наркомана в себя, как в «другого». Предварительные исследования показывают, что в отношениях различных аспектов личности наркомана обнаруживаются многие феномены, характерные для созависимости.

Понимание психической зависимости как специфических отношений между здоровой и «наркотической» личностью индивида, употребляющего наркотики, позволяет расширить

арсенал методов психотерапии зависимости, а также проектировать методы, отвечающие специфике наркомании.

3. Психологические особенности наркоманов периода взросления

Анализ патогенеза при злоупотреблении психоактивными веществами показывает, что начало систематического употребления наркотических веществ становится мощным фактором стремительных изменений в жизни наркомана, формирования специфических черт поведения и образа жизни. Начало употребления наркотиков приводит к кардинальному изменению отношения человека с Собой, Другими, Культурой, Природой, Богом. Очевидно, что не зная специфики и глубины личностных и психических трансформаций при наркомании, невозможно построить эффективную и научно обоснованную систему первичной, и тем более, вторичной профилактики наркомании. Однако, несмотря на всю актуальность изучения психологических особенностей наркоманов периода взросления, подобные исследования крайне недостаточны, а имеющиеся данные - фрагментарны. Отсутствие сколь-нибудь значительного массива отечественных данных о психологических особенностях наркоманов объясняется, на наш взгляд, тем, что вся проблематика наркомании долгое время была предметом деятельности преимущественно работников правоохранительных структур и органов здравоохранения. Отсюда - и явный дефицит эмпирических исследований, выполненных с позиций психологии (а также социологии, культурологии, педагогики и других наук).

С другой стороны, анализ развития наркомании, проведенный нами на выборке более чем 300 человек в возрасте от 13 до 30 лет, показывает, что процесс формирования наркомании имеет несколько стадий, каждая из которых характеризуется своими специфическими изменениями в психике и личности. Однако объектом психологических исследований личность наркомана становится, как правило, на поздних стадиях наркотизации. Каково влияние наркотика на личность на этапе экспериментирования, на этапе эпизодического употребления или на этапе латентной наркотизации? Достаточных данных для достоверных ответов на эти вопросы нет. Отсюда и фрагментарность современных представлений о психологических особенностях наркоманов.

Существенная трудность заключается также в том, что существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим разными видами психоактивных веществ, например, наркотиками и алкоголем. Это такие черты как слабое развитие самоконтроля, самодисциплины, низкая устойчивость к всевозможным воздействиям, неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности, эмоциональная неустойчивость и незрелость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации [43],[88]. Это часто приводит к неоправданному обобщению данных, полученных на разных выборках, и утрате специфичности исследуемого предмета. Конечно, в поведении лиц, страдающих алкоголизмом и различными типами наркоманий много общего, однако даже незначительный опыт работы с наркоманами убеждает, что

психология алкоголизма и наркоманий принципиально различна.

По меткому выражению наркомана, анализирующего свое алкогольное прошлое и наркоманское настоящее, “алкоголик решает проблему счастье – несчастье, а наркоман – проблему жизни и смерти” (Дмитрий Б., 24 года, стаж опийной наркомании 2 года, алкоголизма – 2,5 года).

Еще одной проблемой, неизбежно возникающей при исследовании психологических особенностей наркоманов, является проблема метода. Подавляющее большинство современных данных о специфике психологического склада наркоманов получены с помощью стандартизированных методик (тесты-опросники, шкалы и другие) в условиях амбулаторного или стационарного лечения. Мы полагаем, что данные, полученные таким образом, недостаточно надежны и экологичны. В связи с этим, особый интерес на наш взгляд представляют данные, полученные с помощью проективных методик [43], [88], а также данные включенного наблюдения за поведением наркоманов в процессе психотерапии.

Наблюдения за наркоманами, а также данные проективных методик показали, что опийные наркоманы склонны к нарциссизму и к пассивному поведению, а также к сильному стремлению получить удовольствие, такие личности не выносят никакого напряжения, не переносят боли, разочарования и ожидания.

Данные о психологических особенностях наркоманов на стадии экспериментирования и эпизодического употребления наркотиков, которые были получены нами позволяют выделить следующие черты личности молодых

людей, которые выступают предпосылкой дальнейшего развития наркомании: эмоциональная незрелость; неполноценная психосексуальная организация; агрессивность и нетерпимость; слабые адаптационные способности; склонность к регрессивному поведению; сниженная способность к искреннему общению с партнером и т.д. [88].

И.Н. Пятницкая указывает на недостаточную социальную адаптацию будущих наркоманов, особенно в сложных условиях [94].

В более поздний период развития наркотической зависимости, вследствие нравов и привычек наркоманов, реакций семьи и более широкого социального окружения первичная личность начинает изменяться. Внутренние конфликты обостряются, а слабая психическая адаптация становится все более очевидной. Последствия хронического употребления наркотиков приводят к усилению пассивности и лени, безразличию к своему внешнему виду, к бесплодному фантазированию и невозможности принятия решения, а также к абсолютной неспособности к длительным усилиям. Вторичными последствиями являются нелегальное приобретение наркотиков, подделка рецептов, обман без всяких ограничений членов семьи, друзей, врачей, и, в конце концов, конфликт с законом. Этическая деградация является отличительной чертой хронического наркомана.

Исследования особенностей жизненного пути наркоманов показали, что наркомания формируется преимущественно в подростковом возрасте у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и не располагающими необходимыми для

этого психологическими ресурсами, а также стремящихся к немедленному выполнению своих претензий. Более того, речь идет о людях, отличающихся пониженной способностью к длительной, целенаправленной деятельности, раздражительностью, склонностью к избыточному фантазированию, демонстративному проявлению чувств, подражанию, лжи. Это дает основание предполагать нарушение у наркоманов равновесия между потребностями и возможностями, что также подтверждается нашими исследованиями уровня притязания у наркоманов. Важно, что степень выраженности личностных изменений у наркоманов, их особенности в значительной степени обуславливаются нарушениями родительского отношения и воспитания.

В ряде исследований отмечается, что склонность к аддиктивному поведению обнаруживают подростки с неустойчивым, конформным, гипертимным, циклоидным типами акцентуаций характера. Обнаружены также нарушения психической активности, эмоционального функционирования, понижение самооценки, способностей совладения со стрессом и саморегуляции, низкие показатели интеллекта и распространенность личностных расстройств [66; 120].

В. Будзински отмечает низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаток развития духовных аспектов личности наркоманов, низкую самооценку и неудовлетворенность жизнью [143].

Полученные нами в ходе исследования данные согласуются с данными В. Будзински лишь в той части, которая касается низкой неудовлетворенности жизнью в

период, предшествовавший началу наркомании. Что же касается общеобразовательного и культурного уровня, то среди наших клиентов от 15% до 20% составили люди, которые до начала наркотизации имели высокие показатели в учебе в школе или в ВУЗе.

Считается, что потребность в повторной наркотизации обуславливается формированием опыта личности с образованием доминирования в сознании представления о прошлом наркотическом опьянении, с помощью которого купировались проявления психического дискомфорта, либо вызывалось состояние эйфории, сопровождающееся временным повышением настроения, бодрости, работоспособности, ослаблением переживания реальности, ее напряженности [94], [131].

Кроме того, действие наркотиков изменяет и даже прерывает единство временной системы, подавляя будущее, прошедшее, одновременно изменяя и систему актуального настоящего, заменяя ее потоком неуправляемых образов, влияющим на поведение, сферу удовольствий, желаний, с их преобладанием над реальным. Все эти эффекты достигаются в состоянии наркотического опьянения и, таким образом, у субъекта формируется потребность в подавлении указанных систем личности и сознания.

Один из наркоманов, проходивших курс реабилитации под нашим руководством, так выразил свое субъективное отношение к изменению временной перспективы и восприятию времени в состоянии наркотического опьянения: «Одной ногой в будущем, которого нет, другой ногой в прошлом, которого тоже нет, и все время писаешь на свое

настоящее, а чтобы не чувствовать мокрых штанов – жрешь наркотик...» (Илья С., 21 год, стаж опийной наркомании 2,5 года).

Мы считаем, что в регуляции поведения наркомана, как на стадии наркотизации, так и в период ремиссии, существенную роль играет восприятие наркоманом различных сторон жизни, важнейшими из которых является субъективное восприятие актуального настоящего, своего тела (как одного из важнейших психологических составляющих при наркомании), своих отношений с близкими и своего будущего.

Нами проанализировано 167 рисунков наркозависимых в период реабилитации, 15 рисунков старшеклассников, эпизодически употребляющих наркотики, 14 рисунков старшеклассников с антинаркотическими установками, не имеющими опыт употребления наркотиков. Темы рисунков были следующие: «я и моя проблема», «я и мое тело», «я и моя родительская семья», «я и мое будущее».

В рисунках по всем четырем темам мы выделили три общие категории:

1. Схематичность изображения, для которой характерно изображение не самих предметов, но их символов и знаков; часто встречаются стрелки, арифметические знаки, изображение человека из геометрических фигур.

2. Метафоричность изображений. Для них характерно выражение рисунка через сюжеты, лишь косвенно связанные с заданной темой. Например, группа лебедей или кактус в рисунках на тему «Моя родительская семья». Таким образом, здесь тема раскрывается через метафорические сравнения.

Отметим также, что метафорическое изображение может быть одновременно и схематическим.

3. Категория отказов (например, частый лес вместо рисунка).

К каждой из категорий мы отнесли следующее количество рисунков:

1. Отказы составили:

- 123 из 668 (18,4%) рисунков наркоманов;
- 4 из 60 (6,7%) рисунков эпизодически употребляющих;
- 0 рисунков старшеклассников, не употребляющих наркотики.

В рисунках наркоманов наблюдается следующая тенденция. Если испытуемый не рисует хотя бы один из четырех рисунков, то он вообще ничего не рисует. Поэтому отказ от выполнения рисунка мы интерпретируем как проблемность для испытуемого самой ситуации рисования, а не жизненной ситуации, связанной с рисунком. Таким образом, для наркоманов более характерна стратегия бегства от фрустрирующей ситуации, чем активного действия в ней.

2. Схематическими оказались (не считая отказов; в других категориях отказы как бессодержательные рисунки также не учитываются) 29,6% рисунков наркоманов, 21,7% - старшеклассников, эпизодически употребляющих наркотики, и 18,6% рисунков - неупотребляющих наркотики. Стремление выполнить рисунки в виде схемы мы интерпретируем как шизоидные тенденции личности, желание видеть мир согласно собственным логическим рассуждениям, исключая эмоциональный компонент, меньшую субъектную представленность в своих действиях. Исходя из этого, можно сделать вывод, что для наркозависимых характерно

избегание действительности как боязнь личностного раскрытия во фрустрирующей ситуации.

3. Метафорическими оказались 33,7% рисунков наркоманов (особенно метафорическими оказались рисунки на тему: «Я и моя семья» - 36,6% и «Я и мое будущее» - 46,8%), 31,6% - эпизодически употребляющих наркотики и 39,3% - неупотребляющих наркотики. Метафоричность рисунка, на наш взгляд, говорит о двух чертах: во-первых, плохое знание проблемной ситуации, во-вторых, попытки ее осмысления. Отметим, что метафорические рисунки лиц, неупотребляющих наркотики, выполнены более тщательно, более эстетично, с большим количеством деталей. У неупотребляющих наркотики больше всего метафоричных рисунков в тех категориях, в которых меньше всего таких рисунков у наркоманов: это «Я и моя проблема» (57,1% и 28,1% соответственно) и «Я и мое тело» (42,9% и 28,1%). Таким образом, мы полагаем, что для наркозависимых наиболее неопределенным кажется их будущее, в то время как для неупотребляющих наркотики оказывается сложным иногда определить свою проблему. На наш взгляд, это может означать либо стремление избегать проблемных ситуаций, либо наличие навыка эффективного действия в них.

Рисунки на тему «Я и моя проблема».

Противопоставление «Я» проблеме ярко выражено в 22,6% рисунков наркоманов, 53,3% - эпизодически употребляющих наркотики и 7,1% - неупотребляющих наркотики. Причем в 22,6% в 48,4% рисунков наркоманов проблема, изображенная в виде какого-либо символа, по своим линейным размерам превосходит автора рисунка; еще

в 12,9% сам автор помещен внутри проблемы. И только в 16,1% проблема меньше, чем фигура автора, а в 9,7% их размеры равны. Похожая ситуация - и в рисунках лиц, эпизодически употребляющих наркотики: у 50% респондентов проблема имеет больший размер, чем автор, и 25% - изображение проблемы меньше либо равно изображению автора. В единственном рисунке из категории неупотребляющих наркотики, где есть такое разделение - изображение проблемы намного меньше изображения автора.

Таким образом, в рисунках наркозависимых ярко выражена установка на неудачу в решении собственных проблем. Более того, изображение только себя и своей проблемы, на наш взгляд, придает равный статус «Я» и проблеме. Отсутствие какого-либо окружения с большой долей уверенности позволяет говорить о том, что фактически испытуемые рисуют на этих изображениях два внутриличностных образования: «Я» и свою проблему как некоторую часть своей личности, противоположной «Я» и часто более сильной (часто похожи и изображения: печальная и глумящаяся маска и т.д.). Таким образом, в основе личностной неэффективности лиц с опытом употребления наркотиков оказывается существование некоторой внутриличностной силы, тенденции (необязательно идентифицирующей с наркотиками), которая оказывается способной преодолеть «Я» человека, его волю, сознание.

Мы полагаем, что эти особенности рисунков наркозависимых отражают переживания или бытие

наркотической личности. Таким образом, мы получаем эмпирическое подтверждение нашей теоретической модели.

Во всех трех категориях испытуемых часто автор вообще не нарисован (соответственно 62,8%, 46,7%, 50,0%), что интерпретируется нами как отсутствие способа действия в проблемной ситуации.

В противоположность испытуемым, имеющим опыт употребления наркотиков, лица без такого опыта не воспринимают свою проблему как внутриличностную: 42,9% их рисунков можно охарактеризовать как «Я в проблемной ситуации» (аналогичные показатели для наркоманов 14,6%, для эпизодически употребляющих 6,7%).

Лицам, неупотребляющим наркотики, в большей степени свойственно умение преобразовывать проблему в задачу, прояснить для себя цель и варианты ее достижения (относительные значения соответственно 13,1% для наркозависимых, 6,7% для эпизодически употребляющих). В рисунках, изображающих проблемную ситуацию как задачу, необходимо лишь совершить усилие, на которое личность оказывается способной (подняться на гору, выбрать свою дверь в будущее и т.д.)

Сама проблематика ситуаций, переживаемых как «моя проблема», оказывается разной. Так или иначе связанной с наркотиками оказывается проблема в рисунках 44, 2% наркоманов и 33,3% - эпизодически употребляющих.

Любопытно, что во всех остальных рисунках лиц, эпизодически употребляющих наркотики (66,7%), оказывается невозможным выделить содержание проблемы, т.е. рисуется абстрактная проблема, проблема «вообще». Складывается впечатление, что испытуемые «не видят»

проблемных ситуаций в своей жизни, не понимают тех требований и «вызовов», которые им предъявляет жизнь, т.е. не знают как им реагировать на свой потенциал, или стремятся избегать напряжения, связанного с развитием личности в проблемных ситуациях.

Обнаруженные нами особенности рисунков лиц, эпизодически употребляющих наркотики, позволяют предположить наличие у них недоступной для их осознания неудовлетворенности, которая проявляется в различных сферах жизни и носит *генерализованный* характер. Мы предполагаем, что наличие *генерализованной неудовлетворенности* является важнейшей предпосылкой наркотической контаминации. Заметим, что в и в группе неупотребляющих наркотики, и в группе актуальных наркоманов, признаков генерализованной неудовлетворенности значительно меньше.

Проблема лени, пустоты собственной жизни (через изображение ходьбы по кругу часов без стрелок и т. д.) присутствует и в рисунках наркоманов (7,2%).

Значительную группу составляют проблемы взаимоотношения с другими, проблема *отчуждения* от других (9,9 % - наркоманов, 25 % (не учитывая рисунки, в которых неясно содержание проблемы) лиц, не употребляющих наркотики). Несмотря на общность проблемы, существует значительная разница в ее понимании. В рисунках наркоманов видна полная, резкая изоляция от референтной группы (отделение от сверстников жирной чертой, кирпичными стенами, зачеркнутая, направленная к другим, стрелка и т.д.), что, на наш взгляд является выражением переживания «Я не как все», неудовлетворенной потребности

общности с другими, что ведет к заниженной самооценке и снижению самоэффективности. Среди лиц, не употребляющих наркотики, проблема заключается больше в поисках собственной индивидуальности в рамках группы (проблема личного выбора в группе и т.д.). На наш взгляд, это выражения переживания «Я как все» и неудовлетворенной потребности в самовыражении.

Заметим, что описанные проблемы соответствуют различным стадиям социализации. Хотя образ личной неэффективности в любом случае оказывается связанным с незавершенностью процесса социализации, у наркоманов сама социализация оказывается практически невозможной.

Другая общая проблема - выбор дальнейшего пути жизни (7,2% наркоманов, 25 % - лиц, не употребляющих наркотики). Все рисунки наркозависимых из этой категории посвящены одному выбору : жизнь с наркотиками или жизнь без наркотиков. Таким образом, для наркоманов личностная неэффективность оказывается полностью связанной с зависимостью. При этом «хорошая жизнь» (как подписывают сами испытуемые) без наркотиков никак не конкретизируется, в то время как «плохая жизнь» представляет собой обычно детальное изображение наркотических препаратов. Складывается впечатление, что у наркоманов нет представления о жизни без наркотиков, причем последние, возможно, являются субъективным оправданием личностной неэффективности. Жизнь без наркотиков предстает для них как непонятная, неопределенная и мало структурированная. Мы полагаем в связи с этим, что жизнь наркомана на начальных этапах

ремиссии - это жизнь в ситуации неопределенности, жизнь в состоянии экзистенциального кризиса.

В связи с этим, одна из проблем, которую необходимо решать на начальных стадиях ремиссии, заключается в формировании образа позитивного будущего. Сопряженно с ним должна решаться и другая проблема — развитие способности пребывания в ситуации неопределенности.

Другие варианты проблем появляются только у школьников, не употребляющих наркотики. Это проблема поступления в ВУЗ (25%), в рисунках выражена неуверенность в своих силах, неопределенность будущего. И уже в рисунках на тему «Я и моя проблема» встречается проблема изменения внешности (1 из 8 рисунков - 12,5%), практически вытесненная у наркоманов.

В целом, можно отметить резкое изменение круга интересов у наркозависимых, из их жизни оказываются исключенными многие сферы деятельности. Их личностная неэффективность связана с затрудненной социализацией, неумением превратить проблему в задачу, со слабостью собственного «Я», неспособного управлять собственной психической деятельностью.

Отдельной проблемной областью может быть отношение к своему телу. Для подростков и юношей, имеющих опыт употребления наркотиков, характерно конфликтное, противоречивое отношение к своему телу; при этом тело часто оказывается неинтегрированным в образ «Я». Это выражается в рисунках в раздельном изображении своего «Я» и своего тела, которое иногда сопровождается соответствующими надписями (например, «Мое тело отдельно от меня»). Процент таких рисунков для наркоманов

составил 42,9 (исключая метафорические и схематические изображения и, естественно, отказы). С другой стороны, для подростков, не употребляющих наркотики, характерна идентификация «Я» и своего тела: не в одном рисунке не было выделено подобное разделение. Переживания гармонии и единства со своим телом нашли выражения и в характере метафорических рисунков: в виде раскидистых деревьев, цветов (наиболее распространенные темы), живописных пейзажей и т.д. Такими оказались все рисунки в виде метафор у нарконеzáвисимых, 60% метафорических рисунков – у подростков с эпизодическим опытом употребления и только 34,2% - метафорических рисунков наркоманов.

Вообще употребление наркотиков приводит к бегству от телесных ощущений, что, на наш взгляд, обусловлено страхом перед физиологическими реакциями при абстинентном синдроме. Телесные ощущения, по-видимому, становятся нечетко локализованными и трудно дифференцируемыми, приобретают характер сенестопатий и не поддаются субъективному контролю. В рисунках это выражается либо непосредственно в виде вопросительных знаков (например, на груди), либо в характере рисования контура тела, когда четкая линия становится волнистой или прерывистой, а затем совсем исчезает, не создавая ясного завершенного контура. Подобная неопределенность проявлялась, соответственно, в 23,7% и 20% наркоманов и лиц, эпизодически употребляющих наркотики; у лиц без зависимости такие неопределенности в рисунках отсутствуют.

При этом если тело в той или иной форме все же нарисовано полностью, то, чаще всего, это недееспособное

тело (для наркоманов и эпизодически употребляющих наркотики). Основные сюжеты этой группы - это сильно выраженная астения (14,4% и 6,7% соответственно), до единичных случаев - изображение скелета (1,5% и 6,7%); рисование отдельных частей тела, либо их совокупности (9,6 и 6,7%); 8,7% рисунков наркоманов посвящены теме «Наркотики убивают мое тело». Также есть рисунки тела, как призраки (3,0%), просто контуры тела (7,4%) и т.п.

Важным оказывается то, что наркоманы принимают свое болезненное тело как данность; характерна страдательная и одновременно пассивная позиция по отношению к нему. Такая важная категория, как забота о своем внешнем облике и о физическом развитии обнаруживается лишь в рисунках школьников с антинаркотическими установками: тема физического развития в их рисунках присутствует в 62,5% изображений (исключая метафорические), в то время как для подростков, эпизодически употребляющих наркотики, эта тема обозначена лишь в 7,2% рисунках (также без учета метафорических изображений).

Другой важный аспект, связанный с отношением к своему телу, это утрата половой идентификации. Полодифференцированными оказались все несхематичные и неметафоричные рисунки подростков, не употребляющих наркотики, и подростков, эпизодически употребляющих наркотики, (соответственно 53,3% и 42,9%). Для наркоманов - соответственно 25,2% (53% от рисунков с изображением фигуры человека). В рисунках школьников с антинаркотическими установками достаточно ярко выражены различные половые признаки, тогда как в рисунках наркоманов они неопределенны.

Проблемы взаимоотношений с семьей также имеют различия в рисунках наркоманов и ненаркоманов.

В 9% рисунков наркоманов встречается основной мотив, который мы обозначили как: «В семье я чувствую себя маленьким ребенком»; в других категориях обследуемых подобные рисунки выделить не удалось. Для группы наркоманов характерны сильно преуменьшенные размеры автора в сравнении с другими членами семьи (в 1,5 раза и более). Вообще в большинстве рисунков авторы немного ниже своих родителей; однако, при сравнении реальных соотношений роста с нарисованными данная категория рисунков увеличивается. Кроме того, автор часто рисуется с детской одеждой, прической (например, с большими бантами), детскими пропорциями тела.

На наш взгляд, взросление ребенка возможно в том случае, если родители разрешают ему взрослеть. В рисунках наркоманов обнаруживается следующая ситуация: ни на одном рисунке на другие темы ни один наркоман не нарисовал себя ребенком. Мы можем предположить, что требование взросления, которое предъявляет человеку жизнь, сталкивается с родительским предписанием «будь маленьким», что порождает внутриличностный конфликт. Инфантильное поведение и восприятие не позволяет решать более сложные жизненные задачи. По нашему предположению, это должно приводить к снижению самооценки и личностной эффективности.

Описанное положение осложняется отсутствием чувства общности в семьях наркоманов. Анализ рисунков позволяет говорить о том, что проблема отчужденности членов семьи друг от друга для наркоманов стоит очень остро. Проблема

отчуждения среди лиц, не употребляющих наркотики, чаще проявляется в рисунках в виде акцентирования единства семьи (объединяя всех кругом, связь линией и т.д.), (33% у неупотребляющих и эпизодически употребляющих против 20,9% у наркоманов), в то время как для наркозависимых, и даже эпизодически употребляющих, данная проблема выражается напрямую (в пространственном расположении, через барьеры). Яркие признаки изоляции выделены нами в 16,4% рисунков наркоманов, 13,3% - пробовавших наркотики. Среди школьников с антинаркотическими установками такой категории не выделено.

Другой косвенный показатель общности в семье - совместная деятельность - встречается тем чаще, чем меньше стаж и опыт употребления наркотиков (соответственно 3%, 6,7% и 35,7%). В этом, на наш взгляд, выражается наполненность жизни семьи общим содержанием: содержание неизбежно рождает интерес. Мы также полагаем, что существует связь между невключенностью наркоманов в жизнь семьи и запретом на взросление: «взрослые проблемы не для маленьких».

В рисунках на тему «Я и мое будущее» важными являются следующие моменты.

В рисунках подростков с большим и незначительным опытом употребления наркотиков будущее предстает часто либо неопределенным (соответственно 16,8% и 20%), либо неудачным до трагичности (вплоть до изображения могилы - 3,6% и 13,3%). Подобные темы в рисунках старшеклассников с антинаркотическими установками отсутствуют. В другой группе рисунков, посвященной способам достижения счастливого будущего, распределение в процентах оказалось

следующим. Эта тема проявилась только в 11,4% рисунков наркозависимых и 35,5% рисунков нарконезависимых. Следует отметить, что если наркоманы более склонны изображать достижение счастливого будущего метафорически (подъем по лестнице к солнцу, подъем на гору и т.д.), то подростки, не употреблявшие наркотики, часто расписывают свою дальнейшую жизнь реалистично и поэтапно: окончить школу, ВУЗ, найти хорошую работу, жениться / выйти замуж, родить детей. В рисунках наркоманов ярко выражена неспособность ставить и достигать жизненных целей и планировать свое будущее.

В большинстве рисунков старшеклассников будущее представлено как процесс (57,1% рисунков), в то время как наркозависимые чаще рисуют его как статичную картину, как своего рода фотографию. Мы интерпретируем это как отсутствие у подростков, употребляющих наркотики постоянно и эпизодически, образа «счастливого Я» и своей счастливой жизни; мы отметили динамику лишь в 5,8% и 13,3% соответственно. На наш взгляд, это еще одно проявление переживания «Я не как все», что подтверждается и характером рисунков. Наркоманы чаще рисуют счастливое будущее в уединении от других (одинокий дом на берегу реки и т.д.), в то время как нарконезависимые чаще видят свое будущее включенным в активную социальную жизнь.

Во всех группах заметна стереотипизация и мифологизация сюжетов, связанных с будущим, их сказочность. К рисункам с полностью «сказочным» сюжетом (дождь из денег и т.п.) мы отнесли соответственно 7,9%, 13,3% и 7,1% рисунков. Среди женских рисунков распространен сценарий «спящая красавица». Например,

нарисована такая же девушка, как и на рисунке на тему «Я и мое тело», руки при этом спрятаны за спиной, но в окружении принца с деньгами, замка вместо дома на заднем плане и машиной вместо коня.

Рисунки наркозависимых менее реалистичны и содержат практически недостижимые цели; мы видим в этом проявление инфантильности в понимании мира. Можно предположить, что наркоманы сами не верят в реальность своего представления о будущем, но боятся в этом себе признаться. Как следствие - меньшая личностная эффективность в настоящем, поскольку поставленные цели оказываются недостижимыми.

У подростков с антинаркотическими установками обнаруживается высокая личностная значимость сценарного будущего. Мы полагаем, что вера в подобный сценарий в подростковом возрасте оказывается важным механизмом личностной эффективности.

Существенно, что знакомство с наркотиками у подростков происходит, как и у взрослых, в группе сверстников. Предложения в такой группе исходят, как правило, от более старших и более опытных подростков. Широко известна точка зрения, в соответствии с которой, одним из факторов приобщения к наркотикам в группе является конформизм как личностная черта и конформизм по отношению к группе как особенность возраста. Не отрицая роль названных факторов в приобщении к наркотикам, приведем результаты собственных исследований. По нашим данным, высокий риск наркотизации наблюдается не столько при выраженной внешней и/или внутренней конформности, сколько при

наличии выраженной **зависимости от отношения окружающих**. При кажущейся схожести указанных феноменов, они тем не менее имеют принципиальное отличие. И внешняя, и внутренняя конформность «служат специфическим способом разрешения осознанного **конфликта** между личным и доминирующим в группе мнением в пользу последнего...» [92]. Когда мы говорим о «зависимости от отношения окружающих», мы имеем в виду неосознанное стремление индивида к одобрению и поддержке со стороны конкретного человека. Очевидно, что оно может проявляться даже и как нонконформизм по отношению к остальной группе.

Мы полагаем, что существенную роль для формирования такого **зависимого** поведения играет феномен переноса. В результате положительного переноса на индивида, обладающего опытом, статусом или авторитетом, возникают особые отношения, значительное место в которых занимает отношение доверия. Поскольку во всех случаях наркомании мы обнаруживаем те или иные варианты семейного неблагополучия, мы полагаем, что речь идет о замещающих отношениях. Как показывает анализ литературы и наши данные, значительную роль в формировании зависимого поведения играет семья и семейные отношения. Важнейшим фактором приобщения к наркотикам, а также динамики формирования зависимости от них, является зависимый тип поведения и личности. В связи с этим, по нашему мнению, в фокусе профилактической и реабилитационной работы должна находиться именно семья.

По мере увеличения частоты употребления наркотиков и формирования зависимости у части подростков, отношения в

группе меняются. Как правило, открытая и случайная группа раскалывается, из нее выделяется подгруппа подростков, продолжающих употреблять наркотики. Такая подгруппа стремительно эволюционирует к типичной «наркоманской» группе [10]. Принадлежность к такой группе, с одной стороны, нарастающая конфликтность в семье, отверженность в других группах - с другой, и, наконец, постоянная центрация на необходимости поиска наркотика приводит к формированию «наркоманского» типа поведения.

Наркомания становится специфическим способом жизни. Особый «наркоманский» способ жизни носит для наркомана очевидный приспособительный характер, позволяющий ему приспособиться к жизни с наркотиком. Если изменения в жизни семьи, порождаемые развитием наркомании, соответствуют тенденциям развития семьи и наркоман бессознательно извлекает из них какую-либо выгоду, получает то, что он не может получить другим путем, то зависимость от наркотика приобретает для наркомана социальный смысл. Зависимость начинает существовать не только как форма жизни, но и как субъект жизни. Постепенно зависимость становится суррогатной и при этом, увы, чрезвычайно эффективной, «заместительной» личностью. В пространстве жизни наркомана начинают активно бытийствовать две личности. Оговоримся здесь, что такое развитие «наркоманской» личности ничего общего не имеет с расщеплением личности при шизофрении, хотя отдельные аспекты взаимодействия субличностей при наркомании и шизофрении могут быть сходными. Здесь уместно говорить скорее не о расщеплении личности, а о

конфликте между личностью и заместительной личностью наркомана.

Содержание и напряженность конфликта хорошо отражается в результатах комплексного исследования личности наркомана, проведенного нами совместно с группой специалистов факультета психологии Самарского университета [88]. Анализ и обобщение полученных данных позволяет создать следующий портрет опийного наркомана.

В характере преобладают: пассивность, мягкость, уступчивость, развитое чувство вины, добродушие и кротость, совестливость, высокая моральность, верность, высокая чувствительность к средовым воздействиям, нерешительность, боязливость, застенчивость, склонность перекладывать принятие решений и ответственность на плечи окружающих, тревожность, мнительность (настроение в значительной мере зависит от отношения окружающих к ним), впечатлительность, склонность к глубокой привязанности, интровертированность, пессимистичность, необщительность, склонность к фантазированию, поиск признания, стремление к сотрудничеству, лживость, капризность, демонстративность и склонность к драматизации имеющихся проблем, стремление потакать своим слабостям.

Отметим здесь крайнюю противоречивость обнаруженных у наркоманов черт характера. Так, «высокая моральность» совмещается с лживостью и т.п. На наш взгляд, эта противоречивость является выражением внутреннего конфликта, о котором речь шла выше.

Отметим также, что приведенный характерологический портрет точно соответствует описанию зависимого типа личности, о котором также было сказано выше.

Кроме типичного для опийного наркомана набора характерологических черт, нами обнаружены следующие особенности личности наркоманов: сниженная интегративная функция «Я», мотивационная и эмоциональная неустойчивость, эмоциональная незрелость. Ведущие потребности — аффилиативная, поиск покровителя.

Типичным оказался высокий уровень мотивации избегания неуспеха. «Страх перед неуспехом» преобладает над «надеждой на успех». Преобладает пассивно-страдательная позиция, выраженное «Супер-эго».

Высокая потребность в признании, самодемонстрации вытесняется. Выражено стремление прятать душевные и сексуальные переживания.

Стиль межличностного поведения — пассивно-зависимый. Выражено стремление уйти от конфронтации с жестким противостоянием сильных личностей в мир идеальных отношений, в мир фантазий и иллюзий. Выражено стремление приспособиться к группе, а также к отречению и деструкции своего «Я».

Стиль мышления сочетает в себе вербально-аналитические и художественные наклонности, иногда с признаками резонерства. В стрессе наблюдается блокировка и нерешительность.

Защитные механизмы: вытеснение или навязчивость, отказ от самореализации.

У всех обследованных наркоманов в силу ослабленного самоконтроля и нарушения сбалансированности

противоположностей наблюдается болезненная деформация влечений, которая выражается в сужении спектра их проявления и заостренных характеристиках. Так, например, наблюдается высокая тревожность, болезненно выраженная инертность, которая превращается в алчность. Агрессивность, высвобождаясь из-под контроля сознания, проявляется вспышками разрушительной враждебности, интроверсия трансформируется в аутичность, пассивность — в мазохизм, пессимистичность преобразуется в депрессию, мнительность и сензитивность — в ипохондричность, эмотивность — в импульсивное поведение. Это свидетельствует о том, что исследованные личности находятся в состоянии дезадаптации. Присутствуют симптомы истерической, эпилептоидной, параноидальной акцентуации в 40, 20, 10% случаев соответственно. У 20% испытуемых проявляется садомазохистские тенденции. Склонность к циклотимическим расстройствам присутствует у 10% клиентов.

Типичными для наркоманов оказались сниженная способность к рефлексии, самоанализу, анализу. Сочетание противоречивой структуры потребностей, мотивационной неустойчивости с бессознательными механизмами защиты (агрессия, вытеснение, «уход») свидетельствует о невротическом характере 90% исследованных личностей. Психологический инфантилизм проявляется у 10% испытуемых. Личная тематика является более значимой для наркозависимых, чем тема достижений. Отношения обследуемых с другими мужчинами, женщинами, матерью имеют конфликтный характер, а их потребности в

достижении, автономии и любви фрустрированы. Наркоманы не верят в собственные силы и не удовлетворены собой.

Обнаружена высокая тревожность наркозависимых в отношении настоящего, будущего, жизненной перспективы в целом. Они не могут реализовать в жизни свои влечения. Их склонности к коллективизму и пассивности преобразуются в мазохизм и саморазрушающее поведение.

Следовательно, обнаруженная деформация влечений, базисных свойств личностей связана с формой их реализации в социально-культурной жизни испытуемых. Считаем, что она может быть лишь обострена злоупотреблением ими наркотиков, т.к. эти тенденции обнаруживаются уже в детстве, а стаж наркотизации составляет у обследованных всего несколько лет. «Уход» от настоящего и будущего с помощью наркотиков способствует снижению тревоги и имеет защитный характер.

Анализ литературного материала показал, что психологические исследования наркозависимых проводят преимущественно с помощью интервью, тест-опросников. Достоверность информации, полученной таким путем, вызывает сомнение, т.к. нами было выявлено снижение интегративной функции «Я», способности к рефлексии и самоанализу у наркоманов в возрасте 14 – 24 лет.

Полагаем, что ценность диагностического материала, полученного с помощью проектных методов, гораздо выше, чем данные, полученные посредством нормативных методик.

Полученный нами психологический портрет является типичным для опийных наркоманов в возрасте от 14 до 25 лет со стажем употребления наркотика более года. Формирование наркотической зависимости приводит к тому, что возрастная специфика подросткового, юношеского и взрослого возраста практически исчезает. У наркоманов юношеского и взрослого возраста исчезают специфические возрастные новообразования, они деградируют до уровня среднего подросткового возраста. Именно эти наблюдения дают нам основание использовать термин «период взросления», в большей степени характерный для западной возрастной психологии. Таким образом, мы говорим о наркоманах периода взросления.

Приведенный выше психологический портрет наркомана, на наш взгляд, существенно дополняет сложившееся в современной науке представление о преобладании гедонистических мотивов употребления наркотических веществ. Мы полагаем, что попытки объяснения причин наркотизации преимущественно гедонистическими мотивами — это чрезвычайно упрощенный и односторонний взгляд.

Анализ интервью и субъективных отчетов наркоманов убеждает в том, что наркотик дает наркоману нечто большее, чем эйфорию. Он дает ему возможность пребывания в Н И Ч Т О, где нет внутриличностной и межличностной напряженности, где нет страхов, вины, лжи, угрызений совести.

Очень показательным в этом смысле описание динамики своего состояния одной из пациенток реабилитационного центра: «Как выхожу из дома, сразу чувствую оцепенение, перед глазами туман, не чувствую своего тела, нахожусь как

в вакууме. Начинаю плохо слышать (слышу, но не могу вникнуть в смысл слов), кружится голова. Не могу нормально общаться с людьми, особенно в компаниях и на вечеринках, в гостях. Чувствую себя неуверенно, краснею, бросает в пот, дрожат руки и голова. Затем начинаются сильные головные боли, сильное давление ощущаю во всем теле. Хочется быстрее уйти или убежать. Ощущение, что у меня все не так: я не очень хорошо выгляжу; я не такая как все (намного хуже). Часто чувствую себя виноватой даже в простых ситуациях. Любые замечания действуют на меня катастрофически. Боюсь показаться «плохой девочкой». С приемом транквилизаторов или героина все эти симптомы снижаются. «Я не чувствую страхов, комплексов, вину» (Элла В., 21 год, общий стаж наркомании 5 лет, полинаркомания, последние 1,5 года употребляла героин).

Таким образом, для психологического портрета наркомана характерна крайняя противоречивость и несбалансированность. Обобщение обнаруженных в ходе эмпирических исследований типичных для наркоманов характеристик создает образ человека, лишённого азарта экзистенциального творчества. Общее психологическое состояние наркомана может быть определено как экзистенциальный кризис.

В качестве резюме важно отметить, что имеющиеся психологические данные неоднородны и противоречивы по характеру, а корреляты употребления наркотиков часто путают с их причинами. При этом, ни одна из существующих концепций возникновения и развития психологической зависимости не представляется исчерпывающей и убедительной. Подавляющее большинство исследователей наркомании исходит в своих работах из постулата сообразности. Следуя ему, исследователи пытаются найти причины приобщения к наркотикам.

Однако анализ литературы и результатов исследований показывает, что обнаружить какую-либо причинную, смысловую или целевую определенность исследователям не удалось. Мы считаем, что такой (причинной, целевой или смысловой) определенности в дебюте наркомании не существует. Причинная, целевая и смысловая определенность складывается по мере развития наркотической личности. Говоря словами Н.В.Зоткина, «наркомания начинается как «затея», а существует как «дело». (Автореферат)

Возможность объяснения каких-либо аспектов наркомании в рамках существующих психологических и психотерапевтических направлений не означает релевантности этих теорий феномену. Большинство из существующих ныне психологических концепций наркомании представляют собой более- менее удачную транскрипцию исходных теорий, формировавшихся преимущественно на клинической базе. Это приводит к интерпретации наркомании как невроза, как психоза, либо к утрате наркоманией своей специфичности. Мы полагаем, что эффективная терапевтическая практика в работе с зависимостью от наркотиков может быть основана на положениях теории, которая изначально не была ориентирована на патологию, а, значит, не содержит в себе опасности подмены наркомании каким-либо иным нарушением. Мы считаем, что такой основой может быть синтез концепций отраженной субъектности (В.А.Петровский) и эго-состояний (Э.Берн). Теоретическая и практическая возможность такого синтеза показана в работах В.А. Петровского [89].

Столкновение личности с обстоятельствами, препятствующими реализации в жизни ее глубинных, базисных тенденций, обуславливает предрасположенность к

злоупотреблению наркотиками, которое является защитной активностью личности перед лицом трудностей, препятствующих удовлетворению наиболее важных и значимых для нее потребностей. В поведении каждого наркомана может быть обнаружен его уникальный паттерн взаимодействия с жизнью, который вместе с типичными для наркоманов чертами образует его наркоманский образ жизни.

Функции психической зависимости в структуре большого наркоманического синдрома различны на разных стадиях наркотизации.

Функции психической зависимости непосредственно связаны с отношениями в системе «наркоман - социальное окружение». Таким образом, разрушение психологической зависимости - это деятельность по преобразованию отношений «наркоман - социальное окружение».

Употребление наркотиков можно определить как парадоксальное поведение с точки зрения адаптации к условиям окружающей жизни. С одной стороны, это явно неадаптивное поведение, т.к. и оно само и его результаты снижают общий уровень адаптации индивида к жизни. Более того, употребление наркотиков связано с активным **субъектным** преодолением не только социально детерминированных правил и норм, но и инстинкта самосохранения. С другой стороны, наркомания выступает как способ адаптации к жизни и в этом смысле может быть рассмотрена как поведение адаптивное. Парадоксальность наркомании заключается в том, что это способ адаптации путем саморазрушения.

Заметим при этом, что неадаптивные эффекты и последствия наркомании выступают как важнейшие условия адаптации наркомана к жизни.

Интерпретация наркомании как неадаптивной активности позволяет понять многие феномены, связанные с наркоманией, которые раньше были недостижимы ни для изучения, ни, тем более, для терапии.

Наименее исследованным в структуре большого наркоманического синдрома является его центральный компонент - психическая зависимость от наркотика. Сохранение элементов психической зависимости в период ремиссии является главной причиной срывов и возврата к наркотикам.

Психическая зависимость от наркотика является устремлением, т.е. активностью индивида, которая характеризуется собственной логикой развития, самодвижением и самооценностью, что придает ей черты **субъекта**. Таким образом, зависимость субъекта рассматривается нами как **субъектность** самой **зависимости**.

Мы считаем, что именно **субъектность зависимости** и неадаптивный характер поведения наркомана (проявления замещающей личности!) формируют метаиндивидуальную представленность наркомана в личности его близких.

Следуя принципу неадаптивности (В.А.Петровский), мы утверждаем, что и смысл, и причина употребления наркотиков обнаруживаются «потом», т.е. после пробных употреблений.

Глава II. Наркомания как семейная проблема

1. Семейные предпосылки наркотизации

Наши клинические данные показывают, что основным источником причинности подростковой и юношеской наркомании является семья, создающая предпосылки для формирования у подростка генерализованной неудовлетворенности, либо оказавшейся неспособной компенсировать факторы наркотической контаминации социальной и биологической природы. Под *генерализованной неудовлетворенностью* мы понимаем фоновое состояние подростка, возникающее в результате генерализации неудовлетворенности первостепенно-значимых потребностей. Конкретное содержание неудовлетворенных потребностей как правило не осознается, что и является причиной генерализации. Если в результате пробного употребления наркотика индивид переживает снижение уровня неудовлетворенности, у него формируется отношение к наркотику как средству, расширяющему его возможности.

Под факторами наркотической контаминации социальной природы мы имеем в виду широкую доступность наркотиков, рост криминализации молодежи, прямую и косвенную рекламу психоактивных веществ. Под факторами наркотической контаминации биологической природы - предрасположенность к употреблению психоактивных веществ (алкоголь). Наша позиция противостоит распространенной точке зрения, в соответствии с которой, основным источником наркомании является подростковая

среда и подростковая субкультура. Мы полагаем, что с точки зрения приобщения подростков к наркотикам, отношения между семьей, подростковой группой и наркосредой могут быть очерчены следующим образом. Источник причин наркотизации — семья, подростковая группа — инструментирует процесс приобщения к наркотикам, наркосоциальная среда порождает неспецифические условия наркориска. Мы убеждены в приоритете ответственности семьи за наркоманию подростка.

Семья представляет собой динамическую микросистему, находящуюся в постоянном развитии [30]. В ней, как в интимной первичной группе, предполагается эмоциональное влечение ее членов друг к другу - уважение, преданность, симпатия, любовь, взаимная поддержка, которые способствуют глубокой доверительности в отношениях.

С точки зрения системной семейной психотерапии [16] семья - это вид социальной системы, характеризующейся определенными связями и отношениями ее членов, проявляющими себя в круговых паттернах взаимодействия, в их структуре, иерархии, в распределении ролей и функций.

Важнейшими характеристиками семьи являются ее функции и структура. Функции семьи - это сфера жизнедеятельности семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов [67]. Можно выделить несколько функций семьи, важных с точки зрения дальнейшего анализа семейных причин наркотизации и динамики семейных отношений в наркоманических семьях.

1) ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ семьи состоит в удовлетворении индивидуальных потребностей в отцовстве и материнстве, воспитании, самореализации в детях. Семья

обеспечивает социализацию подрастающего поколения, а также взаимовлияние членов семьи друг на друга.

2) **ХОЗЯЙСТВЕННО-БЫТОВАЯ ФУНКЦИЯ** семьи заключается в удовлетворении материальных потребностей и сохранении здоровья ее членов. В ходе выполнения этой функции обеспечиваются необходимые и приемлемые условия жизнедеятельности семьи.

3) **ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ** семьи состоит в удовлетворении ее членами потребностей в симпатии, уважении, эмоциональной поддержке, психологической защите. Семья способствует эмоциональной стабилизации ее членов, активно содействует сохранению их психического здоровья.

4) **ФУНКЦИЯ ДУХОВНОГО (КУЛЬТУРНОГО) ОБЩЕНИЯ** заключается в удовлетворении потребностей в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении. Семья способствует культурному, духовному и нравственному развитию личности, поддержанию и развитию сферы совместной деятельности, интересов, формированию согласованных целей и ценностей.

5) **ФУНКЦИЯ ПЕРВИЧНОГО СОЦИАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ** выражается в обеспечении выполнения социальных норм членами семьи, в особенности теми, кто в зависимости от ряда причин (возраст, наличие заболевания и т.п.) не обладает в достаточной степени способностью самостоятельно строить свое поведение в соответствии с общепринятыми нормами.

6) **СЕКСУАЛЬНО-ЭРОТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ** состоит в удовлетворении сексуально-эротических потребностей членов семьи, обеспечивая биологическое воспроизводство, а

также удовлетворение эротических потребностей и фантазий. Сексуально-эротическая функция создает возможности для глубинно-личностного самопознания и познания брачного партнера.

С течением времени происходят изменения в семейном функционировании: одни функции утрачиваются, другие изменяются в соответствии с новыми социальными условиями.

Во всех случаях детской наркомании в период, предшествующий наркотизации, нами были обнаружены нарушения основных функций семьи. После обнаружения наркотизации дисфункциональность семьи возрастала вплоть до невозможности выполнения в семье таких функций как духовное общение, первичный социальный контроль, сексуально-эротическая. В свою очередь, воспитательная и эмоциональная функции приобретают паталогизирующий характер.

СТРУКТУРА СЕМЬИ включает число, состав, а также совокупность взаимоотношений между ее членами. Структурный подход к анализу семьи основан на представлении о том, что семья есть нечто большее, чем индивидуальная биопсиходинамика ее членов. Взаимодействие членов семьи подчиняется определенным закономерностям. Эти закономерности обычно не формулируются явно или даже не осознаются, однако формируют целое - структуру семьи. Реальность структуры - это реальность другого порядка по сравнению с реальностью индивидуальных членов семьи [66].

Анализируя структуру конкретной семьи, необходимо исследовать ее состав, определить особенности

взаимоотношений между членами семьи, описать структуру семьи с точки зрения основных ее параметров (сплоченность, иерархия, гибкость, внешние и внутренние границы, ролевая структура семьи); оценить характер структурных проблем, выявить коалиции, тип несбалансированности семейной структуры [66].

Как показывает наш клинический опыт, перечисленные параметры имеют важное значение с точки зрения анализа семейных причин приобщения к наркотикам, а также организации первичной и вторичной профилактики наркомании.

Сплоченность семьи определяется как эмоциональная связь, близость или привязанность ее членов друг к другу. Понятие *иерархии* используется в изучении измерений в структуре ролей, правил внутри семьи, а также в определении степени влияния одного члена семьи на других. Термин *граница* используют в описании взаимоотношений между семьей и ее социальным окружением (внешняя граница), а также между различными членами семьи (внутренняя граница). Если внешние границы слишком жесткие, то существенно снижается обмен информацией между семьей и окружением, наступает застой в системе, а если слишком слабые, то у членов семьи существует много связей с внешней средой и мало между собой. Например, семья редко собирается вместе и становится похожа на постояльцев гостиницы. Если внутренние границы, например, между родителями и детьми слишком жесткие, то родители производят впечатление занятых только собой; если наоборот слишком слабые, то происходит перераспределение ролей в семье и вмешательство в интимную сферу друг друга.

Понятие границы поколений раскрывает сущность межпоколенных различий в близости и иерархии. В хорошо функционирующих семьях правила, управляющие взаимодействиями между родителями и между детьми, отличаются от правил родительско-детских отношений. Родительские диады показывают более высокую степень сплоченности, чем при взаимодействии родитель-ребенок.

Практически в 95% случаев наркомании у подростков мы сталкиваемся с семьями, где перечисленные показатели нарушены и имеют негативное влияние на развитие личности ребенка.

В структуре семьи можно выделить взаимоотношения между супругами (супружеские взаимоотношения), взаимоотношения между родителями и детьми (родительско-детские отношения), взаимоотношения между сибсами, а также между родственниками.

Супружеские взаимоотношения - это система разнообразных чувств, установок, особенностей восприятия, понимание и принятие друг друга партнерами по браку.

Наиболее содержательной и существенной характеристикой совместной жизни супругов, по мнению Т.М. Мишиной, является стиль супружеских взаимоотношений. Под стилем она понимает «устойчивую совокупность свойств, присущих данному взаимодействию на протяжении длительного времени, определенные в главных тенденциях и характеристиках деятельности пары как целого».

Характер семейных взаимоотношений можно определить с помощью циркулярной модели Д.Х.Олсона [29]. Модель включает в себя две оси: сплоченность, которая определяется

как эмоциональное принятие членами семьи друг друга, а также гибкость, которая определяется как изменения в семейном руководстве, в семейных ролях и правилах, регулирующих взаимоотношения. Данные параметры задают тип семейной структуры.

Д.Х.Олсон выделяет четыре уровня сплоченности и четыре уровня гибкости: очень низкий, низкий к умеренному, умеренный к высокому и чрезмерно высокий уровень. Каждому уровню, как сплоченности, так и гибкости соответствуют определенные типы семейных структур.

Постулируется, что центральные уровни сплоченности (раздельный, объединенный) и гибкости (структурированный, гибкий), которые соответствуют низкому к умеренному и умеренному к высокому уровням, являются сбалансированными и обеспечивают оптимальное семейное функционирование. Члены семей сбалансированных типов способны сочетать собственную независимость с тесными связями внутри семьи:

- разделенный тип взаимоотношений имеет некоторую эмоциональную отстраненность, но она не является крайней;
- объединенный тип характеризуется эмоциональной близостью, лояльностью во взаимоотношениях;
- структурированный тип предполагает некоторую демократичность во взаимоотношениях, а роли и внутрисемейные правила остаются стабильными;
- гибкий тип характеризуется демократичным стилем руководства, роли разделяются между членами семьи и при необходимости изменяются.

Крайние значения по шкалам сплоченности и гибкости (разобщенный, запутанный, ригидный и хаотичный), которые

соответствуют либо очень низкому, либо очень высокому уровню, являются проблемными:

- запутанная семья, в которой слишком много центростремительных сил и крайности в требовании эмоциональной близости и лояльности. Отдельные члены семьи не могут действовать независимо друг от друга;

- разобщенная семья, в которой все ее члены эмоционально разделены, имеют мало привязанности друг к другу и демонстрируют несогласованное поведение. Члены семьи безразличны друг к другу, не замечают друг друга и не претендуют на внимание, являются сожителями;

- ригидная, когда семья перестает отвечать на жизненные задачи, возникающие перед семьей в её продвижении по стадиям жизненного цикла. Это рациональные семьи, в которых невмешательство в личные дела, эмоциональное дистанцирование возведено в принцип взаимного поведения, несмотря на наличие внутренних привязанностей и заботы о благополучии друг друга;

- хаотическая семейная система, которая появляется в момент переживания кризиса, в ней решения принимаются импульсивно, а роли не ясны и смещены. В семье не складываются более или менее устойчивая система правил, распределения обязанностей и труда.

Во всех случаях молодежной наркотизации (100% обследованных семей наркоманов, N=289) мы имеем дело с тем или иным типом семейного неблагополучия. Все семьи наркоманов, в период, предшествующий наркотизации, являются проблемными. Анализ результатов обследования таких семей не позволяет выделить какой-либо статически значимый показатель нарушения семейного

функционирования как достоверную причину наркотизации. Наши данные дают нам основание говорить о многофакторности семейной детерминации детской наркомании.

Необходимо отметить, что родительское отношение - это особый опыт общения, который интегрирует образы родителя и ребенка и необходимо сочетает в себе такие черты как: непрерывность во времени, возрастная изменяемость, потребность заботиться, ответственность, ожидания, эмоциональная значимость.

Родительско-детские отношения - это система разнообразных чувств родителей по отношению к ребенку, а также ребенка по отношению к родителям, особенностей восприятия, понимания характера личности и поступков друг друга.

Е.О. Смирнова [113], раскрывая специфику родительско-детских отношений, считает, что, во-первых, они характеризуются эмоциональной значимостью, как для ребенка, так и для родителя. Во-вторых, имеет место амбивалентность в отношениях родителя и ребенка. В-третьих, особенности родительского отношения изменяется в зависимости от возраста ребенка.

На наш взгляд, динамичность родительско-детских отношений проявляется не только с точки зрения возрастных изменений ребенка, но и с точки зрения возрастных особенностей родителя. Возраст - это фактор, который опосредует все отношения личности, в том числе и отношения к детям.

В соответствии с теорией привязанности, сформулированной Д. Боулби и М. Эйнсворт, можно

определить важнейшие параметры родительского отношения. Ими являются: нежность, забота, чувствительность к потребностям ребенка, надежность, обеспечение безопасности, предсказуемость, последовательность [36]. Родительско-детские отношения, которые в данной теории называются привязанностью, включают в себя две противоположные тенденции. Одна из них - стремление к познанию, риску, волнующим ситуациям, а другая - стремление к защите и безопасности. Одна тенденция побуждает ребенка к отделению от родителей и стремлению во внешний мир, в то время как другая - возвращает его обратно. Умение родителя адекватно поощрять эти тенденции определяет полезность родительского отношения для развития ребенка.

Наши исследования семей наркоманов показывают, что значительное преобладание одной тенденции над другой может быть рассмотрено как одна из причин девиантного поведения семейного порядка.

В структуре родительско-детских отношений необходимо выделить установку родителей. *Родительская установка* - это система или совокупность родительского эмоционального отношения к ребенку, восприятия ребенка родителем и способов поведения с ним.

В различных источниках ([42], [45]) понятие «родительские стили» и «стили воспитания» часто употребляются синонимично понятию «позиции», хотя, как нам кажется, целесообразнее сохранить термин «стиль воспитания» для обозначения установок и соответствующего поведения, которые не связаны с конкретным ребенком, а характеризуют отношение к детям вообще. Важно, чтобы в

семье стили воспитания детей у матери и отца совпадали, взаимодополняли или, по крайней мере, не противоречили друг другу.

Противоречия в воспитательных позициях родителей приводят к возникновению межличностных конфликтов между ними, нарушая реализацию семьей ее воспитательной функции, снижая потенциал семьи, как института социализации.

О.С. Сермягина [108] в своем социально-психологическом исследовании подчеркивает важность эмоциональных отношений в семье. Она отмечает, что в психодинамическом направлении основным предметом изучения являются аффективные связи между членами семьи. Акцент при этом делается либо на родительско-детские, либо на супружеские отношения, а нарушения фиксируются преимущественно на уровне личности (социальная дезадаптация, невротическое расстройство и тому подобное).

Х. Шульц-Хенке [51] выделяет несколько видов влияния родителей на ребенка, которые могут привести к невротическим нарушениям развития. Все травматические влияния родителей он характеризует как «тормозящие» и рассматривает «заторможенность» в высшей степени как синоним невроза. К психотравмирующим факторам он относит твердость и изнеженность в обращении с детьми.

В качестве главных объяснительных категорий при исследовании аффективных взаимоотношений родителей с детьми Х.Е.Рихтер [51] использует психоаналитические понятия (роль ребенка и родителей, перенос, нарцисстические тенденции), анализируя на их основе нарушения

взаимоотношений в семье. Под детской ролью он понимает структурную совокупность неосознанных родительских ожиданий - фантазий, которые приписываются ребенку.

С этой точки зрения семейные причины наркотизации связаны преимущественно с нарушением детских ролей в семье и их неадекватным и деструктивным содержанием. Анализ зарубежной литературы по проблемам наркомании показывает, что исследованиям деструктивных детских ролей в семье уделяется значительное внимание. С усвоением таких ролей связывают не только предрасположенность к наркомании и алкоголизму [74], но и развитие созависимости [22], [88], а также вероятность появления в семье химически зависимого члена семьи в следующем поколении или через поколение [114].

Необходимо отметить, что конкретной социально-психологической формой организации жизнедеятельности семьи является структура ролей в ней. Под *ролью* в психологии чаще всего понимается «нормативно одобренные формы поведения, ожидаемые от индивида, занимающего определенную позицию в системе общественных межличностных отношений» [32]. Кроме поведения, в понятие «роль» включаются также желания и цели, убеждения и чувства, социальные установки, ценности и действия, которые ожидаются или приписываются человеку.

Выработка социально-ролевой структуры у ребенка в процессе семейного воспитания имеет две основные цели.

- 1) Выработка ролей, значимых для жизни в семье, то есть усвоение форм внутрисемейных отношений, норм в поведении, значимых для семьи ценностных ориентации и мотивов деятельности.

2) Выработка ролей, значимых для социализации вне семьи, с целью ориентации индивида на существующие в данном обществе стандарты профессиональной деятельности, нравы и традиции общественной жизни [29].

Роли рассматриваются как относительно устойчивые типы поведения в определенной сфере жизнедеятельности. В.А. Ядов [51] считает ролевые установки социально фиксированными. По мнению других исследователей, ожидания по поводу выполнения той или иной роли - устойчивые и негибкие образования. Если рассмотреть супружеские взаимоотношения, то можно сказать, что у жен и мужей в проблемных семьях существуют такие ролевые установки, которые препятствуют успешному приспособлению и являются предпосылками межличностной и психической напряженности. Психическая напряженность определяется как состояние, обусловленное предвосхищением неблагоприятного для субъекта развития событий и сопровождающееся ощущением дискомфорта, тревоги, страха.

Анализ биографий наркоманов периода взросления (N=289), а также данные, полученные в результате реконструкции структуры семейных отношений на разных этапах жизни "наркоманских" семей, показывают, что в период, предшествующий началу употребления наркотиков, 91% наркоманов переживали высокую тревожность в семейной ситуации.

Большое значение для изучения семейных ролей имеет дифференциация их на конвенциональные и межличностные роли. Конвенциональные роли - это роли, определенные правом и моралью. Они стандартизированы и безличны, а

межличностные роли целиком зависят от индивидуальных особенностей участников, их чувств и предпочтений [67].

Многие исследователи, в частности представители бихевиорального направления оценивают родительское отношение с позиций успешности - неуспешности для развития ребенка. На наш взгляд, такой подход акцентирует внешнюю поведенческую сторону отношений и стимулирует односторонний взгляд на ответственность в вопросах детского развития.

К.Г. Юнг [141] говорит о том, что, как правило, вся жизнь, которую не удалось прожить родителям в силу сложившихся обстоятельств, передается по наследству детям, то есть дети вынуждены вступить на путь жизни, который должен компенсировать неисполненное в жизни родителей. Наихудшие последствия, по мнению Юнга, имеет «искусственная бессознательность» родителей. Примером тому может служить мать, которая, чтобы не нарушить видимость благополучного брака, искусственным путем, бессознательно, поддерживает себя тем, что привязывает к себе сына - в определенной степени в качестве замены своему мужу». Это приводит к формированию симбиотической связи между матерью и сыном, что, в конечном счете, может являться одной из причин формирования наркозависимости: наркотик - это избавление от постоянной родительской (материнской) зависимости и приобретение в какой-то степени внутренней свободы. В борьбе за собственную независимость от родителей дети могут использовать самый мощный аргумент - наркотик.

Исходя из позиции К.Г. Юнга, можно сказать, что родители в какой-то степени ищут идеального ребенка для себя,

то есть дети должны реализовывать неисполненное, невыполненное в жизни родителей. Бессознательно родители программируют, толкают своих детей на определенный путь, возможно, отклоняющегося поведения. Парадоксально, но ребенок, становясь наркоманом, дает возможность своим родителям (в частности, маме) реализовать себя став заботливыми, любящими, и, самое главное, НУЖНЫМИ для него. В свою очередь наркоман использует это в своих целях, зная о том, что родители «все для него сделают». Формируется замкнутый круг. С одной стороны, родитель, который хочет быть нужным, любящим, который все сделает для этого. А с другой- подросток-наркоман, который берет у своих родителей все для поддержания своего состояния. И, на самом деле, несмотря на страх и страдания в большинстве случаев, подсознательно никто не хочет менять сложившуюся систему отношений.

В такой ситуации, чаще всего, происходит «патологическое» объединение семьи, в ней все становятся нужными, необходимыми друг другу. Семья становится сплоченной в «борьбе с наркоманией ребенка». После реального сознания того, что болезнь в кратчайшие сроки может убить ребенка, родители хотят скорейшего излечения. Однако самое главное, чтобы этого захотел сам подросток, а в большинстве случаев этого не происходит. Подростки приходят лечиться либо из любопытства, либо потому что его привели родители, либо – затеявая своеобразную игру «Я лечусь». Смысл игры «Ялечусь» заключается в том, чтобы, создавая видимость стремления к избавлению от наркотиков, с одной стороны, снизить давление со стороны родителей, а с другой стороны, проходя курс лечения, снизить дозу,

необходимую для достижения эйфории. Заметим, что никакая игра не могла бы воспроизводиться, если бы вовлечение в нее участники не получили какой-либо выигрыш (Э.Берн). в игру «Ялечусь» по мимо наркомана вовлечены родители и медицинские работники. Родители платят деньги за лечение и таким образом снижают чувство вины и тревоги: мы ничего для него не жалеем. Медицинские работники получают деньги за лечение и бесконечно твердят:наркомания не излечима. Последнее утверждение используется медиками для снятия с себя ответственности за собственную ограниченность и неуважение к человеческой личности и жизни. Поскольку в игре «Я лечусь» заинтересованы все, то *реально* никто лечением не занимается.

Образ жизни подростка в условиях, когда он становится жертвой родительских иллюзий, заставляет его искать пути приспособительного поведения, а приобщение к культуре, основанное на столь откровенном давлении, вызывает у ребенка вполне закономерную оппозицию.

В связи с этим зададимся вопросом: не является ли становление наркоманской контр-культуры реакцией на нежелание «взрослой» субкультуры принимать вклады «подростковой»? очевидно, что взаимодействие взрослой и детской субкультур может быть не только развивающим (В.Т.Кудрявцев), но и как мы видим на примере наркотизма — деструктивным.

В здоровой семейной структуре устанавливается подвижное равновесие, проявляющееся в оформлении психологических ролей каждого члена семьи, формировании семейного «Мы», способности членов семьи самостоятельно

решать противоречия и конфликты. В связи с этим необходимо отметить, что семейное воспитание детей - это результат совместной деятельности родителей, всех взрослых членов семьи. Разумеется, совместное воспитание предполагает различия в воздействии отца и матери. Отличия роли отца и матери в воспитании подростка объясняется, прежде всего, отличием их друг от друга как личностей. Отец и мать обычно дополняют друг друга, но могут и подрывать авторитет друг друга. Таким образом, в семье при нарушении внутрисемейных отношений создается неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка, и это в конечном итоге также становится одним из возможных условий формирования генерализованной неудовлетворенности.

Выше мы уже отмечали, что важнейшей причиной приобщения к наркотикам является нарушения в семейном функционировании.

В силу различных внешних и внутренних обстоятельств функции семьи могут нарушаться. Нарушения функций семьи - это такие особенности ее жизнедеятельности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций. Этому может способствовать: особенности личности ее членов, взаимоотношения между ними, а также определенные условия жизни семьи.

Негативный характер супружеских отношений, выражающийся в конфликтном взаимодействии между супругами, называется дисгармонией, дестабилизацией семейной структуры. Семейный конфликт представляет собой сложное явление. Причинами его, с одной стороны, являются нарушения в системе взаимоотношений - их ригидность,

конкурентный характер, формальность, неравенство, с другой - искажения в личных установках, ролевых ожиданиях, способах перцепции.

В дисгармоничных семьях равновесие во взаимоотношениях используется только для того, чтобы избежать изменения, развития и появления связанных с этим возможных тревог и потерь. Равновесие престаёт быть формой адаптации семьи к задачам оптимального выполнения внешних и внутренних функций. Семейные узы оказываются лишь способом сохранения некоторого равновесия, на деле препятствующего развитию личности членов семьи и их взаимоотношений.

Выделяют следующие виды дисфункциональных семейных структур:

1) Несбалансированные семейные структуры (например, проблемные типы семьи по Д. Олсону, 100% обследованных семей наркоманов).

2) Структуры, несущие в себе аутсайдеров, то есть людей с низким со-циометрическим статусом. Например, один из детей рассматривается родителями как нелюбимый (64% обследованных семей наркоманов).

3) Структура, стабилизирующаяся на основе дисфункции одного из ее членов. Такие структуры поляризованы по принципу: «здоровые члены семьи» - «козел отпущения» или «больной» член семьи (89% обследованных семей наркоманов).

4) Коалиции через поколения, которые помогают членам семьи, чувствующим слабость, справиться с теми, кто кажется им сильнее. Коалиция позволяет ее членам

совладать с низким самоуважением, уменьшить тревогу и контролировать третью сторону. Например, когда один из родителей (мать) образует коалицию с ребенком против другого (отца); когда бабушка (дедушка) образует коалицию с ребенком против родителей и так далее (67% обследованных семей наркоманов).

5) Скрытая коалиция, когда ее наличие не признается членами семьи. Обычно она возникает на основе совместного секрета через идентификацию двух членов семьи и часто выражается в подкреплении симптоматического поведения (42% обследованных семей наркоманов).

6) Перевернутая иерархия, когда по каким-либо причинам статус ребенка в семье становится больше, чем статус одного или обоих родителей. Например, отец с дочерью могут вести себя как супруги и относиться к матери и остальным членам семьи как к младшим. Другой случай, когда один из родителей заболевает, и тогда ребенок может выступать в роли родителя по отношению к больному и остальным детям [66] (41% обследованных семей наркоманов).

Негативные, «невротические» стили супружеских взаимоотношений при всем своем многообразии условно сгруппированы Т.М. Мишиной [43] в три основных типа: соперничество, псевдосотрудничество и изоляция. Критериями выделения этих типов являются: наличие или отсутствие соглашения пары в отношении норм поведения, формальный или неформальный характер этого соглашения. Типы взаимодействия можно определить по соотношениям следующих характеристик:

- мотивационные структуры, составляющие содержательную основу противоречия в совместной деятельности супругов;

- способы компенсации, позволяющие паре устойчиво существовать, несмотря на наличие этого противоречия;

- обстоятельства, вызывающие декомпенсацию (кризис) и создающие неустойчивость, обостряющиеся в конфликтных ситуациях;

- способы выхода из конфликтной ситуации и их отношения к мотивационной структуре данной супружеской пары.

СОПЕРНИЧЕСТВО. Структура отношений носит противоречивый характер, дружелюбно-враждебный. Оба партнера характеризуются незрелостью семейной роли и оказываются не в состоянии принимать на себя ответственность за поведение супружеской пары как целого. Конфликты могут быть представлены как противоречия главным образом в сферах заботы и опеки, эмоционального принятия, где сталкиваются значимые потребности партнеров. Одной из сфер, где проявления соперничества супругов наиболее опасны своими последствиями, является воспитание детей. Как показали исследования О.В.Шапатиной в сфере семейного воспитания пермаменентно воспроизводится специфическая конфликтная ситуация между супругами. Конфликтная ситуация является результатом стремления супругов к максимальной персонализации в ребенке. Здесь соперничество может проявляться в рассогласованности воспитательных позиций, требований по отношению к ребенку.

Нередко это приводит к возникновению ситуаций типа «двойного зажима», систематическое попадание, в которые способствует формированию «шизофреничного» поведения. Наши клинические данные показывают, что среди опийных наркоманов довольно значительная часть (от 10 до 15%) составляют люди, для которых наркомания выступает как реальная альтернатива «шизофреническому» поведению.

В выраженной форме соперничество между супругами обнаружено нами в 31% «наркоманских» семей, где были оба родителя.

ПСЕВДОСОТРУДНИЧЕСТВО. С внешней стороны отношения этого типа выглядят согласованными, с элементами преувеличения заботы о партнере. Поводы к возникновению конфликтов в семье лежат за ее пределами и связаны с индивидуальными трудностями и неудачами, которые касаются, как правило, работы или негативного общения с другими людьми. Проявления псевдосотрудничества супругов в сфере воспитания детей также опасны своими последствиями, так как в зависимости от внешних обстоятельств воспитательные позиции у родителей постоянно видоизменяются.

Псевдосотрудничество как стиль взаимоотношений обнаружен нами в 24% семей наркоманов в период, предшествовавший наркотизации подростка.

ИЗОЛЯЦИЯ. В совместной жизнедеятельности супруги остаются эмоционально обособленными и не заинтересованными друг в друге. Если такой характер взаимоотношений проявляется и в воспитательной сфере, то ребенок ощущает себя ненужным, отвергнутым и нелюбимым, что, в свою очередь, может способствовать

формированию у него внутриличностных и поведенческих отклонений. Наши данные позволяют нам говорить о том, что примерно в 29% семей наркоманов проявляется изоляция как стиль внутрисемейных отношений в период до начала употребления подростком наркотиков.

В остальных 16% семей обнаружен смешанный, либо невыраженный стиль отношений.

Важнейшими проявлениями неблагополучия в семье являются семейные конфликты. Т.М. Мишина определяет семейные конфликты как такое обострение интерперсональных отношений в семейной группе, когда позиции, отношения, цели сторон становятся несовместимыми, взаимоисключающими, либо воспринимаются таковыми [43].

Для более глубокого понимания происхождения семейных конфликтов А.И.Захаров [51] выделяет неблагоприятные черты личности родителей, прежде всего матерей, обладающих более выраженными личностными и невротическими изменениями, по сравнению с отцами:

- сензитивность - повышенная чувствительность, склонность все принимать близко к сердцу, легко расстраиваться и волноваться;
- аффективность - эмоциональная возбудимость или неустойчивость настроения;
- тревожность - склонность к беспокойству, недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний, либо противоречивость личности в целом, обусловленная трудно совместимым сочетанием двух предшествующих характеристик;
- доминантность - стремление играть значимую роль;

- эгоцентричность - фиксация на своей точке зрения, отсутствие гибкости мышления;
- гиперсоциальность - повышенная принципиальность, утрированное чувство долга.

Исследования личностных особенностей родителей показывают, что у матерей подростков-наркоманов в преморбидный период перечисленные характеристики имеют следующее распределение:

- * сензитивность — 10% обследованных матерей;
- * аффективность — 8% обследованных матерей;
- * тревожность — 29% обследованных матерей;
- * доминантность — 31%;
- * эгоцентричность — 36%;
- * гиперсоциальность - 11%.

У отцов аффективная неустойчивость замещается психомоторной нестабильностью и импульсивностью. Тревожность заменяется мнительностью. Доминантность матерей оборачивается зависимостью отцов, осторожностью и недоверием в контактах. Наконец, гиперсоциальность будет оттенена настойчивостью и упорством, граничащим с упрямством. Несмотря на отдельные различия у матерей и отцов наркоманов есть общие черты: неуверенность в себе, проблемы личностного самоопределения, неустойчивость и противоречивость личности, негибкость мышления.

Семьи с нарушенными отношениями не могут самостоятельно решать возникающие в семейной жизни противоречия. В результате длительно существующего конфликта у членов семьи наблюдается снижение социальной и психологической адаптации, отсутствие

способности к совместной деятельности (несогласованность в вопросах воспитания детей). Уровень психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию, а наибольшим пиком может стать формирование наркотической зависимости у подростка.

Гуманистическое направление в психологии рассматривает нарушения супружеских отношений преимущественно с позиций непосредственного взаимодействия, как недостаток удовлетворения потребности в эмоциональных отношениях. Представители указанного направления делают попытки анализа семьи в целом, проводя аналогию со структурой невротической личности [62], используя категорию защитных механизмов в семье. В качестве защитных механизмов (мифов, верований) рассматриваются способы групповой семейной защиты, позволяющей сохранить индивидуальные защитные механизмы путем формирования неосознанных взаимосоглашений между членами семьи [51]. Функция такого соглашения - не допускать осознания отвергаемых представлений о семье в целом и о каждом ее члене. Защитные механизмы основаны на расщеплении: если у супругов дисгармонии сходны, отвергаемые стороны представлений находятся «за пределами дома», то есть солидарно признаются обоими партнерами; если проблемы различаются, каждый из партнеров неосознанно поддерживает в своем супруге (ребенке) те качества, которые соответствуют его собственным подавленным тенденциям. Существование таких семейных защитных механизмов приводит к тому, что даже явные признаки наркотизации ребенка остаются очень долго «не замеченными»

родителями. Они начинают видеть странности в поведении слишком поздно, когда признаки наркотизации уже невозможно не заметить. Как правило, (79% случаев) к этому моменту у подростка уже сформированы основные компоненты наркологического синдрома.

В интеракционистском направлении нарушения семейных отношений изучаются в рамках коммуникативного анализа, оперирующего понятиями интеракция и трансакция. Э. Берн [14] описал игры, как циклически повторяющиеся ситуации общения, смысл которых находится вне задач продуктивной деятельности и заключается в попытке сохранения своего «Я» путем изменения других. Обычно, в семье существует стереотипная последовательность трансакций, которая поддерживает проблему, создавая «порочный круг». Как известно, общение может существовать как на вербальном, так и на невербальном уровне и очень часто информация, передаваемая на разных уровнях не дополняет, а противоречит друг другу. Если высказывания на разных уровнях противоречат друг другу, то это приводит к парадоксу. В семье родители часто используют парадоксальные требования. Например, слишком заботливые родители требуют от подростка, чтобы он был самостоятельным, ответственным и, в тоже время, постоянно руководят и опекают его. Парадоксальные команды создают у получателя ощущение тупика и могут привести к крайностям. Одним из типов несовместимых посланий является также выдвижение родителями требования к ребенку, когда противоречат друг другу, когда мать говорит одно, а отец совершенно противоположное. Крайним вариантом парадоксальной

коммуникации является случай «двойного зажима» (Г.Бейтсон), который может способствовать развитию у ребенка психических отклонений (шизофрении): значимый взрослый передает ребенку одновременно два сообщения, на разных уровнях коммуникации, одно из которых отрицает другое и затрагивает наиболее важное для ребенка в семье - вопрос в том, любят его родители или нет.

Помимо влияния, которые оказывают на ребенка особенности супружеских отношений, необходимо выделить негативные родительско-детские отношения, которые можно охарактеризовать как дисгармонии семейного воспитания. Выделим наиболее существенные из них:

- во взаимодействии с детьми родители непроизвольно компенсируют свои неотреагированные переживания;
- неосознанная проекция личностных проблем на детей, когда родители обвиняют их в том, что практически присуще им самим (не видят недостатков у себя, а видят их у ребенка);
- в воспитании ребенка наблюдается недостаток или избыток душевной щедрости и доброты;
- несоответствие требований и ожиданий родителей возможностям и потребностям ребенка;
- непоследовательность и несогласованность в обращении с ребенком.

В контексте проблемы семейной профилактики наркомании имеет значение изучения так называемых патологизирующих ролей в семье, то есть межличностных ролей, которые в силу своей структуры и содержания оказывают психотравмирующее воздействие на нее членов.

Таковы роли «семейного козла отпущения», «золушки», «больного», «кумира семьи» и так далее. Здесь необходимо добавить, что многие авторы описывают сходные феномены, но обозначают их по-разному (например, «стиль воспитания», когда речь идет о взаимоотношениях между родителями и детьми, «характер супружеских взаимоотношений», оказывающий неблагоприятное воздействие на психическое здоровье одного из членов семьи) [67; 96-98]. Мотивы, которые могут побуждать одного из членов семьи подталкивать ее к развитию системы патологических ролей, разнообразны. Это, с одной стороны, маскировка определенных личностных недостатков - стремление сохранить и защитить, вопреки этим недостаткам положительную личностную самооценку. Другой мотив - стремление удовлетворить какие-то потребности, если это при обычных условиях противоречит нравственным представлениям индивида и всей семьи. Патологизирующие роли, могут возникать на основе механизма проекции как неосознанное наделение другого человека присущими данной личности мотивами, чертами и свойствами [33]. Одним из мотивов формирования патологизирующей роли может быть стремление избавиться от давления собственных же нравственных представлений. Этот вид патологизирующих ролей часто наблюдается в клинике алкоголизма и наркомании - это роли «спасителя» и «спасаемого».

В ряде работ авторы выделяют следующие типы патогенного родительского поведения [22]:

- ◆ один или оба родителя не удовлетворяют потребности ребенка в любви или полностью отвергают его;

- ◆ ребенок служит в семье средством разрешения супружеских конфликтов;
- ◆ угрозы разлюбить ребенка или покинуть семью, используются как дисциплинарные меры;
- ◆ внушение ребенку, что он своим поведением повинен в разводе, болезни или смерти одного из родителей;
- ◆ отсутствие в окружении ребенка человека, способного понять его переживания, стать фигурой, заменяющей отсутствующего или пренебрегающего своими обязанностями родителя.

Таким образом, в семье при нарушении внутрисемейных отношений создается неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка и это, в конечном итоге, может стать источником формирования генерализованной неудовлетворенности, то есть семья является одним из основных факторов развития предпосылок наркомании у подростков. Наибольшую опасность с точки зрения формирования наркомании у подростков представляют семьи, в которых за внешним благополучием скрываются нарушения семейного взаимодействия часто не осознаваемые ее членами. Неблагополучные семьи, как правило, стоят на учете специальных социальных служб и с ними проводится соответствующая социально-психологическая работа, направленная на профилактику нарушений семейного функционирования. Однако мы полагаем, что задача должна ставиться шире: психопрофилактическую работу необходимо начинать именно с внешне благополучными семьями, чтобы увеличить их наркоустойчивость. В связи с этим, необходимо отметить, что здоровая семья является одним из важнейших факторов

эффективной позитивной социализации ребенка и профилактики наркомании.

Специальное исследование семей подростков-наркоманов, проведенное нами, показало, что среди психологических факторов, создающих условия для злоупотребления подростками психоактивных веществ, большое значение имеет неблагополучие в семье, а также нарушение семейного функционирования. В связи с этим, можно выделить следующие виды неблагополучного семейного взаимоотношения, приводящих к наркомании:

- ◆ деструктивная семья - отличается автономией отдельных членов, отсутствием взаимности в эмоциональных контактах. В таких семьях родители составляют так называемую диссоциированную супружескую пару, когда, например, ригидный эмоционально жесткий по характеру отец и неорганизованная, необузданная мать не в состоянии создать стабильной обстановки воспитания;

- ◆ распадающаяся семья, в которой чрезмерно обострилась конфликтная ситуация, фактически брак уже распался, но супруги продолжают жить вместе. Источником конфликта в таких семьях вполне может быть неосознанное нежелание одного (или обоих) супругов терпеть присутствие другого супруга как конкретного человека с его жизненными установками, уровнем культуры и манерой поведения. В таких семьях конфронтация интересов взрослых заметна для ребенка, отрицательные эмоции постоянно «прорываются» в психологический микроклимат семьи, что считается наибольшим психотравмирующим условием для ребенка из-за длительности стрессовой ситуации и что в конечном итоге приводит к нарушениям в развитии его личности;

- ◆ неполная семья - отсутствует кто-либо из родителей. В таких семьях очень часто возникает симбиотическая связь, которая определяет психологическое слияние матери и ребенка и оно может привести к самоотождествлению и к крайним формам взаимной зависимости;

- ◆ ригидная псевдосолидарная семья - отличается безоговорочным доминированием одного из членов за счет положения других, жесткой регламентации всей семейной жизни. В таких семьях при всем многообразии конкретных конфликтных ситуаций родители стараются подчинить личность ребенка собственному представлению о нем в ущерб его реальной, живой индивидуальности. Очень часто выбирается такая воспитательная тактика, в которой ребенок вынужден приспосабливаться, вместо того, чтобы развиваться естественно.

Как показывают данные клинических наблюдений, для таких семей характерными оказываются:

- ◆ чрезвычайно эмоциональное, ранимое и болезненное отношение подростков к своим родителям и их проблемам. Если при этом в семье доминирует холодная в общении, не эмоциональная, строгая мать, то ситуация приобретает наибольшую остроту;

- ◆ использование ребенка как средство давления и манипуляции супругами друг другом;

- ◆ непоследовательность в отношениях с ребенком: от максимального принятия до максимального отвержения. Ребенка то приближают к себе, то отдаляют независимо от особенностей его поведения;

- ◆ невовлеченность членов семьи в жизнь и дела друг друга;
- ◆ директивный стиль отношений и эмоциональное отвержение;
- ◆ спутанные отношения и размытые (неопределенные) межпоколенные границы, когда прародители активно вмешиваются в жизнь семьи, продолжая воспитывать уже взрослых детей, при этом по отношению к внукам, чаще всего, обнаруживается гиперпротекция и попустительство;
- ◆ использование прямых провокаций в обращении с ребенком;
- ◆ заниженная оценка достижений ребенка, либо негативные ожидания по отношению к его действиям и поступкам;
- ◆ сексуальное насилие;
- ◆ генетические предрасположенности к алкоголизму или злоупотребление кем-то из членов семьи алкоголем (наркотиками);
- ◆ отсутствие в ближайшем окружении ребенка значимого взрослого.

Перечисленные особенности нарушения семейной ситуации приводят к тому, что у подростка появляется слишком много свободного времени, которое он старается провести на улице, что в совокупности с оппозицией и отсутствием доверительных отношений с родителями способствует встрече подростка с наркотиком. Как правило, в наркоманскую группу подросток легко вписывается, так как для членов такой группы появление нового человека всегда выгодно. С помощью нее подросток может компенсировать

собственные негативные переживания, а также приобщиться к группе. По истечению некоторого времени, родители замечают употребление подростком наркотических веществ и их реакция будет зависеть от состояния семейной системы. Реакция семьи может быть как конструктивной, то есть способствовать прекращению употребления наркотиков, так и деструктивной, т.е. закрепляющей наркотизацию.

Факт обнаружения наркомании у подростка способствует изменению семейного взаимодействия и будет по-разному «использоваться» членами семьи. Отношение к наркомании будет во многом определяться неосознаваемыми потребностями, при этом каждый член семьи сможет получить определенную «выгоду» из такой семейной ситуации. Например, мать начинает ощущать себя нужной и полезной для больного наркоманией ребенка, защищая и помогая ему, в свою очередь подросток начинает эксплуатировать появляющуюся в поведении матери гиперопеку или гиперпротекцию.

Нередко семейное взаимодействие или поведение одного из членов семьи выступает как фактор, запускающий и фиксирующий наркотическое поведение. Например, неудовлетворенность супругом может привести к тому, что он будет отвергаться через приписывание ему ответственности за наркоманию ребенка. Возникает своеобразный альянс: наркотизирующийся подросток и борющийся за его жизнь родитель (мать) против родителя, который считается главной причиной наркотизации. В этом случае отказ от наркотиков должен привести к перераспределению семейных ролей и изменению всей системы семейных взаимоотношений. Бессознательное сопротивление таким

изменениям приводит к нарастанию провоцирующих проявлений [88].

Проведенный анализ семейных причин наркотизации, однозначно убеждает в том, что в фокусе профилактической работы должна быть семья. Это одинаково справедливо, когда речь идет как о первичной, так и о вторичной профилактике наркомании.

2. Динамика семейных отношений при наркомании

Анализ результатов наших исследований и клинической практики, а также публикаций по проблемам наркомании и алкоголизма однозначно убеждает в том, что сколько-нибудь эффективная профилактика наркомании невозможна вне работы с семьей. В связи с этим рассмотрим некоторые аспекты наркомании как семейной проблемы. Когда мы говорим о наркомании как о семейной проблеме, мы подчеркиваем следующее.

1. Известие об употреблении подростком наркотиков является точкой бифуркации в эволюции семейной системы.

2. Реакция семьи на известие об употреблении наркотиков зависит от исходного состояния семейной системы.

3. Момент обнаружения семьей факта наркотизации одного из ее членов является началом развития семейного кризиса.

4. Развивающийся у родителей синдром родительской реакции на наркотизацию (СРРН) подростка является фактором закрепления у него аддитивного поведения.

5. Специфические для наркоманов черты личности являются вторичными нарушениями, тогда как первичными являются нарушения в системе социальных отношений.

Несмотря на общепризнанный факт возникновения в семьях химически зависимых особого типа внутрисемейных отношений, описываемых понятием «созависимость», до сих пор ощущается острый дефицит теоретических и практических исследований механизмов взаимовлияния семьи и подростка, употребляющего наркотики. В отечественной и зарубежной психологической литературе достаточно хорошо представлены исследования семей алкоголиков: В.Е. Рожнов, Т.Г. Рыбакова, С. Hedder, V. Williez и др. В то же время исследования семей наркоманов чрезвычайно редки и малочисленны.

Как показывают исследования, опыт работы с семьями алкоголиков не может быть непосредственно использован в работе с семьями наркоманов, несмотря на то, что в динамике семейных отношений в семьях алкоголиков и наркоманов существуют общие черты. В семьях подростков, употребляющих наркотики, обнаруживаются специфические особенности внутрисемейных отношений, фиксирующие аддитивное поведение подростка и формирующие особый тип поведения родителей, в основе которого лежит СРРН.

Построение и обоснование системы психотерапевтической работы с семьями наркоманов периода взросления открывают новые возможности в организации социальной и психологической реабилитации наркозависимых. Анализ собственного опыта работы с родителями наркоманов показывает, что психологическая помощь семьям наркоманов может основываться на

принципах системного подхода к анализу психических явлений (Б.Ф. Ломов), методологии системной семейной терапии (М. Боуэн, К. Виттакер, С. Минухин, В. Сатир и др.) и транзактного анализа (Э. Берн), концепции отраженной субъективности (В. Петровский).

Мы считаем, что в фокусе профилактической работы должна быть семья (семейная система). Обобщение опыта работы с семьями наркоманов периода взросления показывает, что семья может выступать как фактор провоцирующий употребление наркотиков; как условие фиксации психологической зависимости от наркотиков; как фактор провоцирующий срыв в период ремиссии; как условие эффективности реабилитационной и профилактической работы.

В динамике отношений в семьях наркоманов подросткового и юношеского возраста мы выделяем три стадии:

1. Семья до момента обнаружения факта наркотизации (стадия латентной наркотизации).

2. Семья в период «открытой» наркотизации (от момента обнаружения факта наркотизации до начала психологической реабилитации).

3. Семья в период терапии, реабилитации и после него.

Наши наблюдения показывают, что каждый из этих этапов обладает своей спецификой.

Мы уже говорили о том, что в подавляющем большинстве случаев наркотизирующихся подростков и молодежи мы имеем дело с одним из типов проблемных семей.

На стадии *латентной наркотизации* подростки могут прибегать к наркотикам как к средству ухода от давления семейных конфликтов, как к средству снижающему генерализованную неудовлетворенность.

Профилактика наркомании в работе с проблемными семьями заключается в управляемом разрешении подавленного семейного кризиса. Однако реальность такова, что в поле зрения психологов такие семьи попадают уже, как правило, в период открытой наркотизации подростка, когда в большинстве случаев психологическая зависимость от наркотика сочетается с мощной физиологической зависимостью, а родители и другие домочадцы уже включены в систему «наркоманского» поведения и у них сформировался СРРН.

Практически во всех случаях подростковой и юношеской наркомании мы обнаруживаем в период, предшествующий наркотизации, признаки одного из типов *проблемных* семей:

- деструктивная семья (автономия и сепарация отдельных членов семьи, отсутствие взаимности в эмоциональных контактах, хронический супружеский или родительско - детский конфликт);

- неполная семья (один из родителей отсутствует, что порождает разнообразные особенности семейных отношений и, прежде всего, размытые границы между матерью и ребенком (мальчики - суррогатные «мужья»; девочки - симбиоз);

- ригидная, псевдосолидарная семья (наблюдается безоговорочное доминирование одного из членов семьи, жесткая регламентация семейной жизни, подавляющий тип воспитания);

- распавшаяся семья (т.е. ситуация, когда один из родителей живет отдельно, но сохраняет контакты с прежней семьей и продолжает выполнять в ней какие-либо функции, при этом сохраняется сильная эмоциональная зависимость от него).

Характерными особенностями таких семей являются:

- чрезвычайно эмоциональное, ранимое и болезненное отношение подростков к своим родителям и их проблемам (имеются в виду острые, болезненные реакции на семейную ситуацию).

- конформизм и попустительство родителей, вплоть до готовности идти на поводу у подростка. Чаще всего такое поведение родителей - своеобразный способ избегания эмоционально-близких отношений с подростком: «Я сделаю, как ты хочешь, только отстань...» или «Что еще тебе нужно? У тебя все есть...»;

- использование ребенка как средства давления и манипуляции супругами друг другом («Не кричи на меня: видишь, ребенок от этого страдает!»);

- непоследовательность в отношениях с ребенком: от максимального принятия до максимального отвержения. Ребенка то приближают к себе, то отдаляют независимо от особенностей его поведения;

- невовлеченность членов семьи в жизнь и дела друг друга (когда все рядом, но не вместе; когда семейная жизнь низводится до совместного быта);

- директивный стиль отношений и эмоциональное отвержение;

- спутанные отношения и размытые (неопределенные) межпоколенные границы.

Прародители (дедушки и бабушки) активно вмешиваются в жизнь семьи, продолжая воспитывать уже взрослых детей, при этом по отношению к внукам чаще всего обнаруживается гиперпротекция и попустительство. То, что не позволяют родители, разрешают дедушка и бабушка и т.п.

Перечисленные особенности семейной ситуации приводят к повышению риска наркотизации, прежде всего потому, что у подростка не формируется чувство ответственности за себя, свою жизнь и свои поступки.

Несформированность чувства ответственности у подростков в период до начала наркотизации является общей чертой всех будущих наркоманов. В каждом из типов проблемных семей, помимо общих черт, складываются и специфические особенности отношений, которые будут придавать наркомании подростка особый символический смысл.

Так, в *деструктивных семьях* наркотизация и связанное с ней поведение направлено, прежде всего, на компенсацию дефицитарности эмоциональных контактов в семье, либо выступает как средство ухода от давления семейных конфликтов. В наркоманской группе подросток находит то, что он отчаялся найти в семье. Как было показано в исследованиях О.В. Шапатиной, межличностный конфликт родителей является основой развития внутриличностного конфликта ребенка. Таким образом, в случае, если в семье существует хронический конфликт между родителями, наркотики могут выступать как средство снятия внутриличностного конфликта у подростка. Более того, в

таких семьях наркомания подростка может приобретать неосознаваемый родителями положительный смысл, поскольку хронический конфликт между ними приходит к той или иной форме разрешения.

В *неполных семьях* наркотизация иногда имеет ярко выраженный демонстративный компонент. Наши данные показывают. Что в неполных семьях факт наркотизации подростка обнаруживается раньше, чем в семьях, относимых к другим типам. Это дает нам основания предполагать, что наркотик может использоваться подростком, как средство сепарации и достижения большей независимости. Однако, обычно это вызывает обратный эффект, что делает отношения в родительско-детской паре еще более напряженными и мучительными.

В *ригидных семьях* наркомания подростка может рассматриваться как крайняя форма протеста против системы отношений, игнорирующей его возросшие возможности, интересы и потребности. Увы, в лице наркомании родители встречаются с аргументом, против которого они бессильны.

В *распавшихся семьях* наркомания подростка может выполнять функцию ослабления, и даже преодоления сохранившейся семейной подструктурой эмоциональной зависимости от родителя проживающего вне семьи. Наша точка зрения основана на анализе внутрисемейной динамики в таких семьях. После того как родитель, с которым живет подросток, узнает о его наркомании, этот факт начинает тщательно скрываться от родителя, живущего вне семьи. Внутренние отношения в родительско-детской паре становятся более близкими, эмоциональными и сплоченными,

тогда как внешние отношения с родителями, живущим вне семьи, становятся более дистантными, холодными и проблемными.

Наши данные показывают, что профилактика наркомании в семьях с различными формами неблагополучия должна быть ориентирована прежде всего на компенсацию этого неблагополучия и коррекцию связанных с ним нарушений в личностном развитии ребенка. Таким образом становится очевидно, что невозможно говорить об унифицированной программе профилактики ранней наркомании.

Очевидно, что моделей профилактики должно быть несколько, а содержание деятельности в каждой из них должно быть соотнесено с типом семейного неблагополучия подростка.

Изучение и анализ ретроспективных материалов, отчетов, биографий наркоманов, историй семей наркотизирующихся подростков и юношей [10; 88; 93] показывает, что момент обнаружения у подростка наркомании является принципиально важным с точки зрения изменения семейных отношений, вплоть до изменения исходного типа семьи.

После обнаружения наркомании у подростка, его болезнь становится *общесемейной реальностью*. В связи с этим наркомания подростка является своего рода сообщением о кризисных процессах, от которых страдает вся семья. При этом, чем сильнее закамуфлированы, чем глубже вытесняются, подавляются и прячутся факт и причины семейного кризиса, тем острее проявляется неблагополучие детей. Даже если начало наркотизации связано с обычным подростковым любопытством, обнаружившийся факт

наркомании будет по-разному переживаться, осознаваться и оцениваться разными членами семьи. Их реакция на наркоманию будет во многом определяться их часто неосознаваемыми отношениями. Во многих случаях это приводит к тому, что семейные взаимодействия или поведение кого-то из членов семьи выступает как фактор, запускающий наркотическое поведение.

Комплексное исследование особенностей взаимоотношений в семьях наркотизирующихся подростков, проведенное нами совместно с О.П. Зинченко с помощью различных методик (ТАТ, АСВ, МИРП, ADOR, PARI), которые были направлены на определение характера родительско-детских отношений и взаимоотношений в родительской паре [36], дает возможность выделить типичные черты родительско-детских взаимоотношений в этот период:

- невовлеченность в жизнь подростка или желание «прожить жизнь за него»;
- гипо- либо гиперконтроль за поведением подростка;
- разрешение супружеского конфликта с помощью ребенка, когда наркомания ребенка становится условием разрешения конфликта;
- использование подростка как средства манипуляции и давления супругами друг на друга, средства сведения счетов или «психологической» мести;
- эмоциональная амбивалентность;
- чрезмерная аффективность и склонность к эмоциональным всплескам;

- делегирующая позиция родителей, когда вина за наркоманию приписывается исключительно подростку или другому родителю;

- патологическая лживость, манипулирование, обидчивость со стороны подростка;

- чувство вины перед подростком и друг другом;

- воспитательная неустойчивость и неуверенность;

- растерянность и невозможность выстраивать четкую и последовательную линию поведения по отношению к друг другу.

У родителей при воспитании подростка выявлены противоречивые негармоничные стили взаимодействия, которые имеют некоторые отличия в зависимости от того, кто воспитывается в семье: сын или дочь.

При воспитании сына матерям наиболее характерна потворствующая гиперпротекция. Главной особенностью такого стиля взаимоотношений является стремление к максимальному удовлетворению потребностей подростка. Сын находится в центре внимания и понимает, что любое его желание для мамы - закон. И он, безусловно, использует это в своих целях (получение денег на наркотики и постоянные клятвы, что это в последний раз, что это необходимо для постепенного снижения дозы и, соответственно, для того, чтобы бросить «колоться», то есть манипулирует). Тем самым матери неосознанно поддерживают болезнь у подростка. Неразрешимый внутриличностный конфликт, возникающий между осознанием пагубности своего поведения и страхом за жизнь ребенка приводит к тому, что матери наркоманов становятся частью «наркоманского» способа жизни.

Неразрешимость указанного конфликта приводит к поиску вариантов защитного поведения, что в свою очередь становится причиной все более неадекватного восприятия действительности, своего поведения и поведения ребенка-наркомана.

В этот период матери наркоманов - сыновей предпринимают хаотический поиск средств спасения своего ребенка от наркомании. С фанатизмом обреченного они буквально мечутся между наркодиспансерами и экстрасенсами, психиатрами и церковью... защитный смысл этой активности очевиден: усталость и изможденность «борьбой» выступает как средство подавления вины и страха, как средство самооправдания: я делаю все возможное.

Отцам при воспитании сына наиболее характерен неустойчивый тип взаимодействия. В целом можно сказать, что отцы в зависимости от внешних обстоятельств, настроения и др., либо уделяют много внимания сыну, либо отвергают его присутствие; либо опекают, либо наказывают его или проявляют растерянность и пассивность. Тем самым, отцы оказывают противоречивое воздействие на подростка (близкое к ситуации «двойного зажима»), когда он часто не знает, как реагировать в различных ситуациях. Такой стиль взаимоотношений, как показывает анализ семейных сессий, формируется как реакция на потворствующую гиперпротекцию матери по отношению к ребенку и повышенную зависимость ребенка от нее. Одной из причин неустойчивости отцов является переживание неспособности влиять на наркозависимость у подростка и отсутствие знаний о том как на нее реагировать, как, вести себя с таким больным ребенком. Наконец, еще одной причиной

неустойчивости отцов является отвержение и непринятие воспитательной позиции матери при одновременной невозможности реально влиять на ситуацию. Отметим здесь, что отвержение стиля поведения жены по отношению к ребенку - наркоману означает возникновение и эскалацию супружеского конфликта, который в 83% случаев приводит к полному разрушению супружеских отношений. При этом часть браков формально сохраняются, что по-нашему мнению лишь усугубляет ситуацию.

Выше отмечалось, что значительная часть наркоманов воспитывалась в неполных семьях. Если биологический отец подростка - наркомана находится вне семьи (в результате развода), то в период открытой наркотизации поведение матери наркомана по отношению к бывшему мужу чаще всего развивается по двум основным сценариям: либо факт наркотизации ребенка скрывается и сохраняется в тайне до тех пор, пока это возможно, либо бывший супруг активно привлекается к решению проблемы и возобновляет выполнение в семье некоторых функций. Реализация конкретного варианта поведения зависит от обстоятельств развода и его конкретных причин: чем более «мирным» был развод и чем более завершенными являются эмоциональные отношения (ни любви, ни обид), тем выше вероятность обращения за помощью к бывшему супругу.

Позиция отчимов по отношению к пасынкам - наркоманам характеризуется большей сдержанностью, конкретностью в требованиях, однозначностью и, в целом является более конструктивной по сравнению с реакцией биологических отцов, живущих с наркоманами в одной семье.

При воспитании дочери у большинства МАТЕРЕЙ преобладает опекающая гиперпротекция, которая характеризуется тем, что они уделяют подростку крайне много времени, сил и внимания. Воспитание дочери становится центральным делом их жизни. Матери чрезмерно оберегают и заботятся о дочерях, минимизируя количество их обязанностей в семье, аргументируя это тем, что трудно привлечь дочь к какому-либо делу по дому. Таким образом, чрезмерная забота, опека, контроль или потворствование лишают дочь самостоятельности и ответственности за принятие решений (в частности, за свою болезнь - наркоманию). В таких семьях чаще всего дети считают родителей (матерей) виновными во всех своих проблемах. Межличностные конфликты между матерями и дочерьми - наркоманками носят чрезвычайно острый и разрушительный характер.

Отцам при воспитании дочери наиболее характерна гипопротекция. В этом случае девушка предоставлена самой себе, отец не интересуется ей и не контролирует ее поведение. Отношения становятся спутанными, дистантными, происходит эмоциональное отвержение подростка. Такой тип семейного воспитания также является неблагоприятным, так как в этом случае дочь не чувствует, что она нужна своему отцу, что для девочек является психотравмирующей ситуацией. Когда дочь считает себя отверженной — наркотик для нее может стать способом приобщения к экзистенциальному опыту, приобретения «друзей» и так далее.

В свою очередь, родители искаженно воспринимают свой стиль взаимоотношения с подростком-наркоманом, либо

критикуя, либо идеализируя его. Такое идеализирование или наоборот критическое представление об отношении к подростку связано с неосознанными, вытесненными тенденциями страха, вины или ухода от проблемы. Перечисленные неосознаваемые тенденции легко актуализируются в ситуации психологического консультирования. Они также отчетливо обнаруживаются в рассказах по картинам ТАТ.

Типичной для «наркоманских» семей в период открытой наркотизации является ситуация, когда отцы не вовлечены или избегают отношений с подростком, а матери проявляют чрезмерную опеку. Родители, как правило, воспринимают ситуацию как семейную трагедию, что автоматически распределяет роли: виновник - жертвы. Тогда неизбежным становится тотальное недоверие и конфликтность, манипуляции и лживость.

В основе негармоничных стилей воспитания, формирующихся в этот период, лежат психологические проблемы родителей, которые они стараются решить за счет подростка и это, в свою очередь, становится одним из условий развития СРРН, который имеет некоторые отличия в проявлениях, у матерей и отцов.

При воспитании сына у отцов в структуре СРРН наиболее выражена- проекция на ребенка собственных негативных качеств: в сыне отец как бы видит черты характера, которые чувствует, но не признает в себе. Поэтому, ведя борьбу с такими, истинными или ложными качествами у него, отец извлекает для себя эмоциональную выгоду. Борьба же с нежелательными качествами подростка помогает ему верить, что у него самого таких качеств нет. Нередко у отцов

обнаруживается предпочтение в подростке детских качеств. Родитель не хочет видеть в сыне взрослого. Для него он - «маленький», которому нельзя доверять и предоставлять самостоятельность.

У матерей при воспитании сына наиболее выражено такое нарушение как воспитательная неуверенность. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между матерью и сыном в пользу последнего. Мать «идет на поводу» у сына, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по ее же мнению, никак нельзя. Это происходит потому, что подросток сумел интуитивно нащупать ее «слабое место» и добиваться для себя ситуации «минимум требований-максимум прав». В данном случае мать становится неуверенной, нерешительной, винящей себя во всех неудачах с подростком. Он, в свою очередь, манипулирует ею и использует это в своих целях. У части матерей (около 7%) встречается неразвитость родительских чувств. Внешне это проявляется в нежелании иметь дело с подростком, в плохой переносимости его общества, поверхностном интересе к его делам, стремлении отправить его в реабилитационную общину и т.п.

При воспитании дочери у матерей в структуре СРРН наиболее выражены следующие особенности:

а) Предпочтение в дочери женских качеств. Здесь наблюдается неосознанное неприятие лиц противоположного пола. Часто, это следствие того, что у таких матерей, как правило, либо нет мужей, либо существуют конфликтные отношения с мужем. В связи с этим, они стараются воспитывать у своей дочери такое же неприятие лиц мужского пола. Очевидно, что в будущем это крайне

негативно скажется на характере взаимодействия с противоположным полом.

б) Проекция на свою дочь нежелательных собственных качеств. В этом случае мать видит в дочери вытесненные, неосознанные качества, и, ведя борьбу с ними, она получает для себя эмоциональную выгоду.

В структуре СРРН можно выделить составляющие свойственные обоим родителям:

- *чувство вины и стыда* перед другими;

- *вынесение конфликтов между супругами в сферу воспитания подростка.* При этом характерной особенностью отношений является выражение недовольства воспитательными методами другого супруга, каждого интересует не столько то, как воспитывать подростка, сколько то, кто прав в воспитательных спорах. Разница во мнениях чаще всего бывает диаметральной: один настаивает на весьма строгом воспитании, с повышенными требованиями и запретами (отец), другой же (мать) склонен «жалеть» подростка и многое ему разрешать;

- *фобия утраты*, «слабым местом» которой является повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, потерять ребенка. Этот страх заставляет тревожно прислушиваться к любым пожеланиям подростка и спешить удовлетворить, либо опекать и защищать его.

Для семьи в целом в этот период становится характерным:

- ◆ использование в коммуникациях парадоксальных посланий, которые не дают возможности подростку правильно реагировать на требования родителей;

- ◆ замкнутость и закрытость семейной системы;
- ◆ отсутствие искренности в отношениях между членами семьи;
- ◆ нежелание или невозможность видеть подтекста во взаимоотношениях.

По мере развития СРРН, как и при любой болезни, родители наркоманов приспосабливаются и начинают получать максимум выгод из своих невротических симптомов и защит. Симптомы и защиты приобретают социальную функцию: формируются особые внутрисемейные роли, которые заменяют близкие взаимоотношения и приносят психологические преимущества. Таким образом, приобретаются вторичные выгоды, которые выступают как мощные детерминанты внутрисемейных отношений, в которых скрыты факторы, провоцирующие срывы и прерывающие ремиссию в период реабилитации [36].

Результаты комплексного исследования, а также наблюдение за семьями в период открытой наркотизации, дают возможность охарактеризовать супружеские отношения в этот период:

- автономия и сепарация супругов (отсутствие взаимности в эмоциональных отношениях);
- ригидность и псевдосолидарность (доминирование одного из супругов, жесткая регламентация семейной жизни);
- невовлеченность, отстраненность, безучастность и, как следствие, пассивность и отгороженность от взаимодействия друг с другом;

- директивность (постоянный контроль и авторитарность со стороны одного из супругов);
- деструктивность, когда взаимоотношения между супругами характеризуются повышенной напряженностью и становятся фактором, повышающим вероятность фиксации психической зависимости от наркотиков у ребенка;
- повышенная конфликтность, а также использование ребенка как средства давления и манипуляции супругами друг другом;
- эмоциональная напряженность и склонность к аффектам и истерикам;
- делегирующая позиция, когда ответственность и вина за наркоманию приписывается исключительно подростку, его окружению или другому родителю;
- поляризованность суждений (а, следовательно, и сознания) о возможных формах внутрисемейного взаимодействия.

После того как наркомания подростка становится общесемейной реальностью, изменяется также характер взаимоотношений между наркоманом и его братьями и сестрами в сторону невротизации, отторжения или опеки. Очень часто старшие братья по отношению к наркоману занимают позицию Контролирующего Родителя, то есть стараются постоянно контролировать его поведение и круг общения, навязывают свое мнение, которое должно считаться самым правильным они не терпят ни каких пререканий, проявляют директивность и авторитарность. Старшие сестры по отношению к наркоману занимают позицию Опекающего Родителя, когда желание отгородить

своего брата (сестру), защитить и принять вину на себя доминируют над реальной оценкой сложившейся ситуации. Несмотря на то, что появление в семье наркомана меняет жизнь всех членов семьи и жизни семьи в целом, мы полагаем, что в наибольшей опасности оказываются прежде всего младшие сибсы наркомана. Для младших братьев и сестер характерно изменение своего отношения к занимаемой роли в семье наркомана, то есть происходит переворот в семейной иерархии, когда маленький ребенок выступает в роли Родителя по отношению к брату (сестре) наркоману, либо по отношению к своим родителям, у которых уже сформировался СРРН. Первое, с чем сталкиваются младшие дети в таких семьях, это повышение непроницаемости внешних и внутренних границ семьи. Семьи наркоманов закрываются, пытаются как можно дольше скрывать факт наркомании одного из детей от родственников, соседей, сослуживцев по работе. Это приводит к сокращению и прерыванию привычных для семьи социальных связей и обеднению социальной и эмоциональной жизни семьи. Семья не может как прежде приглашать к себе гостей, младшие дети не могут пригласить к себе друзей. Во время встреч с родственниками или друзьями члены семьи должны постоянно контролировать себя и друг друга для того, чтобы их «семейный сор» не был случайно «вынесен из избы».

При этом наибольшему давлению подвергаются именно младшие дети, поскольку они воспринимаются как наименее надежные члены семьи.

Помимо внешних границ, менее проницательными становятся так же внутренние границы семьи. Опасаясь за младших детей, родители всячески стараются скрыть от них

факт наркотизации старшего ребенка. Младшие дети чувствуют, что в семье что-то происходит, они ощущают нарастание напряженности, тревожности, страха; они становятся очевидцами или участниками проявления семейных проблем и т.п. Не зная настоящих причин, нередко дети связывают их с собой. В семье нарушается процесс циркуляции информации о чувствах, эмоциях и состоянии членов семьи. Дети начинают бояться открыто говорить о своих переживаниях и проблемах, замыкаются, становятся труднодоступными для взаимодействия. У детей живущих в атмосфере полуправды, двойных стандартов, сокрытия информации не развиваются навыки распознавания искренности, опасности, не формируются навыки открытого общения и понимания людей.

Внутрисемейные отношения становятся не просто «свернутыми», «частичными», они становятся лживыми. Младшие дети в семьях наркоманов неизбежно должны присоединиться к «общесемейной лжи». Родители объясняют детям, что можно говорить о семье, а что нет, поэтому дети всячески стараются скрыть правду о своей семье. В этом случае они неизбежно должны лгать. Необходимость адаптироваться к отношениям, где часть информации постоянно скрывается, приводит к тому, что секретность, увертки, манипуляции, обман становятся обычными формами взаимодействия. При этом каждый участник такого общения на том или ином уровне осознания понимает, что реальность существенно отличается от того, что преподносится. Необходимость игнорировать реальность и жить в мире искаженных отношений может подкрепляться угрозой наказания со стороны родителей. Такая атмосфера создает

благоприятные условия для систематического возникновения ситуаций «двойного зажима». В результате дети становятся подозрительными, тревожными, склонными «цепенеть» в неопределенных ситуациях, либо наоборот злобными и агрессивными. Открытые коммуникации перестают существовать. Взаимодействие становится способом избегания близости. В семьях наркоманов дети постоянно сталкиваются с несоответствием между тем, что реально происходит вокруг и, тем, что ему говорят родители. При этом нередко возникают ситуации, когда поведение, соответствующее тому, что говорят поощряется, а поведение соответствующее собственным чувствам, реакциям и мыслям наоборот, наказывается. Стремления чувствовать себя в безопасности приводит к нарастанию недоверия к своим чувствам, к тому, что сам ребенок видит и слышит.

Попытки родителей бороться с наркоманией старшего ребенка приводят к резкому увеличению внутрисемейных конфликтов между родителями, а также между родителями и детьми. Как правило такие конфликты не имеют конструктивного завершения. Постоянные провокации, споры, перебранки, агрессия и жалобы родителей друг на друга, манипуляции приводят к тому, что дети усваивают подобный стиль взаимоотношений. В сочетании с закрытостью, подозрительностью и неразвитой способностью к пониманию эмоциональных состояний других людей, такой тип взаимоотношений формирует чрезвычайно проблемный стиль социального поведения.

Существенное влияние на формирование личности младшего ребенка в наркоманской семье оказывает

постоянное ожидание неприятностей. По мере того, как родители концентрируют свое внимание и активность на больном ребенке, тревожность и страх будущего у младшего ребенка могут еще более усиливаться. Младшие дети чувствуют себя забытыми и не нужными. Привыкнув скрывать свои чувства и боясь быть отторгнутым, дети, как правило не рассказывают о своих переживаниях, однако в рисунках (методика «Рисунок семьи») их тревожность проявляется особенно ярко.

При этом родители, как бы оправдывая свое невнимание к нуждам младшего ребенка могут твердить что-нибудь типа: "маленькие дети - маленькие проблемы", "он еще ничего не понимает" или наоборот: "он у нас уже большой". Глубинные переживания детей остаются как правило не замеченными, однако, отсутствие внимания со стороны родителей формирует у них низкую самооценку. Недостаток доброжелательной и искренней заинтересованности в жизни и делах ребенка, постоянное неудовлетворение его физических и эмоциональных потребностей, послания с двойным смыслом, оскорбления, чувство вины и стыд за свою семью - все это формирует у ребенка низкую самооценку, тревожность и неуверенность.

В целом можно сказать, что стиль родительско-детских отношений существующий в семье формируется отношения братьев и сестер к наркоману. Чем выше невротизация у родителей, тем выше она и у других членов семьи наркомана и тем труднее будет проходить реабилитация наркозависимого подростка и членов его семьи.

С конца 70-х годов для описания психического состояния, развивающегося у членов семьи химически зависимого

человека (наркомания, токсикомания, алкоголизм и другие) широко используется термин «созависимость». Это понятие используется как для описания психического состояния отдельных членов семьи, так и для характеристики внутрисемейных отношений в целом [36]; [124].

По мнению М. Битти, созависимость - это «эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, возникающее в результате того, что человек длительное время подвергался воздействию угнетающих правил, которые препятствовали открытому выражению чувств, а также открытому обсуждению личностных и межличностных проблем» [22].

Как считает А.В. Терентьева, созависимость - «психологическая зависимость, подчинение своего Я, своих чувств, ожиданий, убеждений и восприятия реальности состоянию человека, имеющего химическую зависимость» [122].

Э. Смит говорит о том, что «взаимозависимость (созависимость) - это состояние в рамках действительного существования, которое в значительной мере является результатом адаптации к действительности. Это закрепившаяся реакция на стресс, который в течение времени становится скорее образом жизни, чем способом выживания» [114]. Даже когда источник стресса прекращает свое влияние, созависимый человек продолжает действовать в окружающей его среде так же, как если бы угроза угнетения продолжала существовать. В связи с этим отметим, что именно сохранение форм и особенностей поведения, характерных для созависимых, являются основной причиной срывов у наркоманов и прекращения ремиссии.

Еще один очень важный момент, имеющий отношения к прояснению феномена созависимости и его определению заключается в опоре на слово «зависимость». Имеется в виду следующее. Наркозависимый зависит от наркомана непосредственно. Созависимый зависит от наркомана опосредовано. Наркозависимый *хочет* чтобы наркотик был. Созависимый *хочет* чтобы сохранились по сути, воспроизводились по сути те отношения, которые установились у него с наркозависимым. В некотором смысле он *хочет* той модификации своих реакций, поведения и сознания, которая была осуществлена в контакте с наркозависимым. Таким образом, мы полагаем, что созависимость — целостная модификация поведения и сознания, обусловленная присутствием в контексте с индивидом наркозависимого субъекта. Т.е. созависимый заинтересован в воспроизводстве тех отношений которые сложились. Для описания отношения созависимого к наркомании В.А.Петровский предлагает использовать взаимодополняющие понятия «объективно» и «субъективно». Созависимый *объективно* не заинтересован в том, чтобы наркозависимый порвал с наркотиками. И напротив, субъективно созависимость крайне незаинтересован в сохранении наркотической зависимости. Нужно отметить, что что смысловой континуум пары «объективно-субъективно» не тождественен континууму «сознательно-бессознательно». Созависимый даже подсознательно может быть заинтересован в выздоравливании наркозависимого, но при этом быть не заинтересованным объективно, поскольку в этом случае созависимый будет вынужден менять свое поведение. Таким образом, созависимый может и

сознательно, и неосознанно желать, «всем сердцем хотеть» того чтобы наркозависимый выздоровел, но быть в этом объективно не заинтересованным. В сознании созависимого может не быть заинтересованности в наркомании своего близкого, но сторонний наблюдатель может заметить отсутствие заинтересованности в выздоровлении наркомана, так как выздоровление будет означать необходимость изменения поведения, поиска новых форм взаимодействия с бывшим наркоманом. Объективная независимость созависимого обнаруживается в виде тревоги, неуют, дискомфорта и растеренности тогда, когда наркоман начинает меняться и отходить от наркотиков. Основанием для выделения объективной – субъективной заинтересованности – незаинтересованности как особой типологии позиций созависимого по отношению к зависимому является тенденция созависимого к воспроизводству модификации поведения и сознания сложившейся в общении с зависимым. Таким образом мы можем различать объективную и субъективную потребность к изменению или неизменности ситуации у созависимости. Объективное – субъективное, зависимость – независимость и тенденция к изменению или неизменности характера отношений выступают как оси, в координатах которых может быть описана позиция созависимого по отношению к наркозависимому.

Возвращаясь к зависимости созависимого от тех модификаций его поведения, которая сложилась в контакте с наркозависимым, отметим что речь идет именно о тех модификациях, которые обусловлены *наркозависимостью*, не целостностью личности наркомана, а проявлениями его

наркозависимости. Таким образом наркозависимость индивида, употребляющего наркотики выступает как фактор модификации сознания и поведения индивида, зависимость которого от такого рода модификации и делают его *созависимым*. Таким образом созависимость — это модификация естественных реакций членов социальной общности обусловленная присутствием наркозависимого индивида, либо актуализацией его образа в их сознании. Это и есть феномен отраженной субъективности наркозависимого в психике близких ему людей. До момента обнаружения наркомании у ребенка семья жила одним образом, после обнаружения факта наркотизации в присутствии наркозависимого семья проявляется иным образом в этом выражается модификация поведения членов семьи фактом присутствия наркомана сначала с наружи, а затем «внутри головы» членов семьи. Образно говоря, созависимость выражается в том, что человек начинает смотреть на мир «сквозь факт» присутствия в его жизни зависимого индивида.

Анализируя феномен созависимости, В.А.Петровский указывает одну из характеристик этого явления, которая по нашему мнению может быть количественно измерена. Речь идет о *сопротивляемости изменениям*. Мы полагаем, что динамика сопротивляемости изменениям может выступать как надежный показатель эффективности терапии созависимости.

В связи с выше сказанным, можно выделить некоторые существенные параметры феномена созависимости:

- при созависимости нарушается возможность открытого выражения чувств и обсуждения личностных и межличностных проблем;

- на поведенческом уровне созависимость проявляется в виде стереотипных форм реагирования. При этом происходит выхолащивание и обеднение эмоциональной сферы личности;
- созависимость - это реактивный процесс, смысл и цель которого заключается в снятии внутриличностного конфликта способом саморазрушающего поведения.

Созависимость — это зависимость близких наркомана от тех изменений, которые происходят в их состоянии и поведении и как только в их сознании актуализируется образ наркомана.

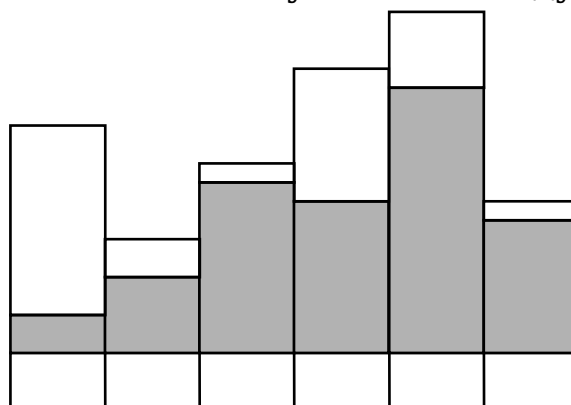
На основании разработанной нами теоретической модели и клинических наблюдений мы можем предположить, что созависимость есть зависимость от поведения реализующего и соответствующего СРРН.

Анализ структуры СРРН показывает, что основными его составляющими являются проявления Детского эго-состояния (Д), тогда как на социальном уровне преобладающими являются проявления Контролирующего Родителя (КР) и Опекающего Родителя (ОР). Для осуществления транзактной интерпретации созависимости нами было проведено специальное исследование.

Родителям предлагалось составить эгограммы на себя и на детей, а наркоманам на себя и на родителей. Предварительно участники эксперимента были ознакомлены с основными понятиями транзактного анализа, необходимыми для анализа эго-состояний и построения эгограмм. Далее нами были построены обобщенные схемы представленности эго-состояний, как у родителей, так и у наркоманов. В результате нами были получены четыре вида эгограмм:

- 1) представление родителей о себе;
- 2) представление родителей о детях;
- 3) представление детей о себе;
- 4) представление родителей.

Кроме того, были опрошены эксперты (психологам, имеющим опыт работы с наркоманами и членами их семей) построить обобщенные эгограммы на родителей и наркоманов. Были получены следующие обобщенные эгограммы:

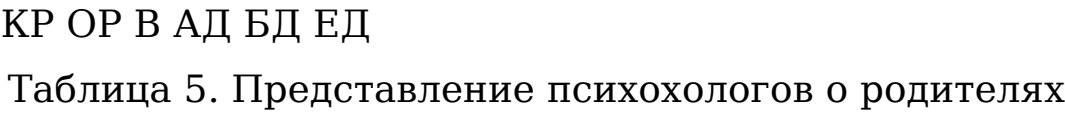
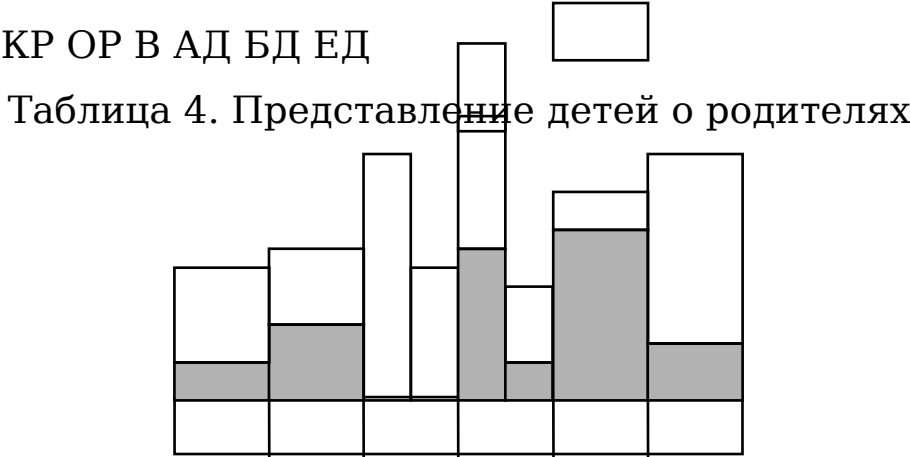
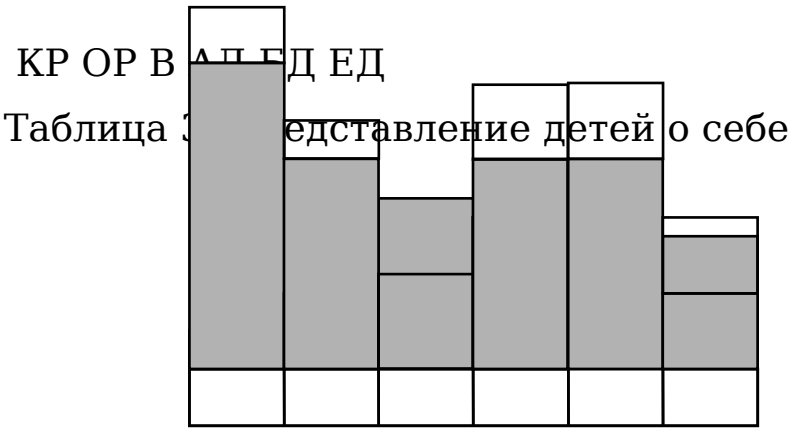
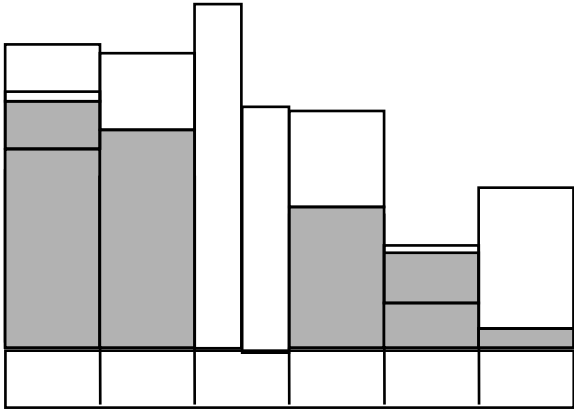


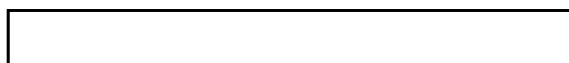
КР ОР В АД БД ЕД

Таблица 1. Представление родителей о себе

КР ОР В АД БД ЕД

Таблица 2. Представление родителей о детях





КР ОР В АД БД ЕД

Таблица 6. Представление психологов о детях

Анализ полученных эго-грамм позволил сформулировать следующие выводы.

Представления родителей о себе и детей о родителях практически совпадают. Это может говорить о том, что и родители и дети примерно одинаково оценивают ситуации и реакции родителей на какие либо события. Можно сказать, что дети воспринимают родителей так, как родители себя предъявляют и однако родители оценивают свои поступки скорее с негативной стороны, понимая, что далеко не всё из того что они делают может привести к положительному результату. Однако быстрое понимание пришло к родителям в тренингах по транзактному анализу (ТА), когда фразы, предъявляемые ими как позитивные, то есть способствующие развитию дальнейшего общения, на самом деле содержали негативную интерпретацию, то есть, разрушали процесс общения или приносили конфликтный оттенок.

Родители полагают, что хорошо понимают ситуацию: Взрослый на эго-граммах родителей. Дети видят в родителях преобладание ОР (опека над подростком лишает его

самостоятельности и ответственности за принятие решений (в частности за свою болезнь - наркоманию)).

Становится очевидным, что преобладание эго-состояния КР и ОР приводит к формированию либо доминантных, либо симбиотических отношений с ребёнком со стороны родителей. Доминантное отношение характеризуется строгим, директивным контролем. При этом родители чрезмерно наказывают и чрезмерно критикуют ребёнка [17]. Однако такое поведение не всегда приводит к конфликтам. Реакция подростка зависит от того, принимает ли он (она) такое поведение родителей [17] (актуализируется АД подростка) или "отвергает родительский авторитет" (актуализация эго-состояний БД и Родителя у подростка).

Симбиотический тип родительского отношения характеризуется стремлением родителя установить с ребёнком тесный эмоциональный контакт, принимать участие во всех, даже незначительных, событиях в его жизни. Потребность родителя (чаще матерей) в эмоциональной симбиотической привязанности может приводить к излишней опеке.

Понятно, что при этом фрустрируется такая важная для развития личности подростка потребность как потребность в самостоятельности и проявлении инициативы.

Из сравнения эго-грамм родителей, построенных экспертами (таблица 5) и родителями наркоманов (таблица 1) видно, что доминирующим эго-состоянием является КР, большое место занимает ОР. Это наглядно объективирует позиции родителей по отношению к детям. Другими словами, родителям характерны следующие черты: предвзятость, нетерпимость к чужому мнению, консерватизм, жёсткие

нормы поведения, высокие требования к другим, высокая избирательность информации, игнорирование своих чувств и чувств другого, защита, поддержка, одобрение.

В большинстве случаев Родительское эго-состояние проявляется как гиперопека и гиперконтроль, что составляет негативную часть позиции Родителя. На схеме она показана штриховкой.

В связи с этим одной из главных задач родительских психотерапевтических групп является уменьшение проявлений эго-состояний КР и ОР и, в первую очередь, их негативной части. Другими словами необходимо «избавить матерей от опекающей и контролирующей позиции в отношениях с ребёнком» [13].

С точки зрения экспертов у родителей наркоманов значительно выражены Бунтующее Дитя и Адоптивное Дитя (таблица 5). Бунтующий Ребёнок родителей - это состояние бунта, протеста, в первую очередь, против наркомании их ребенка. Представленность БД увеличивается в основном в период «открытой наркотизации». Часто в таких семьях дети считают родителей (матерей) виновными во всех своих проблемах. При этом большинство родителей признаёт эти обвинения (на эгограмме это включено в АД). Интересным образом сочетаются БД и АД. С одной стороны, родители протестуют, отрицают факт наркомании, с другой, они приспособляются к нему: вся их дальнейшая жизнь зависит от наркомании ребёнка, они чувствуют вину, их охватывает стыд перед окружающими, страх за себя (они обычно говорят: «Обо мне будут думать, что я никчёмная мать, не сумела должным образом воспитать ребёнка»).

Что касается эго-состояния Взрослый родителей, по мнению экспертов, оно резко уменьшается (Таблица 5). По мнению экспертов родители не способны адекватно оценивать ситуацию и принимать обдуманное решение. Это было отмечено и детьми (примерно в 40% случаев). (Таблица 4).

Отметим следующую особенность: у 90% родителей выявилась тенденция к выделению негативной части в эго-состоянии Взрослый. Мы объясняем это контаминацией Взрослого со стороны либо Родительского, либо Детского эго-состояния. В первом случае поведение родителей основано на предрассудках, запретах и контроле. Во втором – родители ведут себя очень наивно, незрело и крайне инфантильно.

Эго-состояние Взрослый допускает существование нескольких точек зрения, являющихся взаимоисключающими и альтернативным (вероятностный подход). Родителям наркозависимых характерна полярность мышления, которая проявляется в существовании только двух видов поведения по отношению к детям (либо контролировать, либо не обращать никакого внимания): *tercium non datur*. Таким образом, мы говорим о низкой представленности эго-состояния Взрослый у родителей наркоманов, (таблица 5). Таким образом, психокоррекция, по нашему мнению, должна быть направлена на активизацию позиции Взрослого в сочетании с усилением Естественного Ребёнка. Другими словами, для преодоления созависимости родителям необходим творческий подход в РДО: необходимо создание нетипичных ситуаций, в которых ребёнок не имел бы возможности действовать стереотипно.

Рассмотрим наиболее выраженные эго-состояния у наркоманов (таблица 2, 3, 6). Во-первых, это Адаптированный Ребёнок (50% наркозависимых определяют эту позицию как слабовыраженную). Эксперты отмечают такую же закономерность (таблица 6). Наркозависимым, имеющим высокий показатель АД, характерны следующие черты: поиск одобрения и признания стремление удовлетворить внешние и внутренние требования, пассивность мягкость характера, развитое чувство вины, уступчивость. Развито аффилиативная потребность. Характерен высокий уровень тревожности и беспокойства.

Одним из ярко выраженных эго-состояний у наркоманов является БД (по мнению экспертов и родителей). Сами наркозависимые отмечают средний уровень по этому показателю и высокий уровень позиции ЕД. Мы полагаем, это связано с тем, что когда наркозависимые поступают в соответствии со своими внутренними потребностями, влечениями, желаниями и стремлениями (ЕД), родители воспринимают это как бунт и протест с их стороны. Такое происходит тогда, когда требования родителей расходятся с желаниями детей, а это бывает почти всегда. Наркозависимые необыкновенно изобретательные люди (проявление ЕД): что они только не делают, что бы достать очередную порцию наркотиков. Однако понятно, что такое проявление ЕД является скорее негативным. Негативная часть доминирует и в эго-состоянии БД. Она выражает то, что «я протестую, потому что я протестую против вас», а не «я протестую, потому что считаю ваше высказывание неверным, неприемлемым». Эго-состояние БД направлено против

существующих норм, запретов. Можно сказать, что сама наркомания - это бунт, в значительной степени против ситуации, складывающейся в семье.

Бунтующего Ребёнка наркоманов можно описать с помощью следующих качеств: грубость, бесцеремонность, своенравие, игнорирование социальных авторитетов и условностей. БД проявляется в обидах и истериках. Таким образом, очевидно, что доминирующим у наркоманов является Детское эго-состояние. Это та позиция, находясь в которой человек не берёт на себя ответственность. Поэтому одна из задач коррекции РДО заключается в постепенном возвращении наркоману ответственности за его собственную жизнь. Причём к этому должны быть готовы обе стороны: дети - чтобы получить, родители - чтобы отдать. Другими словами, необходимо активизировать позицию Взрослого.

По мнению экспертов (таблица 6) эго-состояние Взрослый имеет у наркоманов низкие показатели. В противовес - мнение родителей, которые отмечают высокий объём эго-состояния Взрослый. Наркозависимым характерны такие черты, как не умение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности, эмоциональная неустойчивость, незрелость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства и неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации. Это те черты которые подтверждают низкий уровень Взрослого. Вместе с тем, мы объясняем полученный результат следующим образом: наркоманы прекрасно ориентируются в ситуации, то есть реагируют по принципу «здесь и теперь» понимают, что происходит. Можно сказать, что они очень проницательны. Данные характеристики являются

проявлениями Взрослого. Родители выделяют негативную часть этой позиции (таблица 2). По аналогии с таблицей 1, мы объясняем это возможной контаминацией Родительским или Детским эго-состояниями.

Родители видят в поведении детей хорошо выраженного КР. Имеются ввиду обвинения, которые предъявляют наркоманы родителям («это вы во всём виноваты, это вы толкнули меня по пути наркомании» и т.д.). Причём родители признают эти обвинения, считая их частью действительности, считая их объективными. В результате у родителей повышается показатель АД. На эго-граммах детей, составленных экспертами (таблица 3,6), КР значительно меньше. Как известно, КР является носителем общественных норм, ценностей; является их защитником и активно внедряет их в свою жизнь и жизнь окружающих. Поскольку ранее мы отмечали, что наркоманы живут по собственным соображениям и законам, то очевидно, что КР не может быть высоким. Свои собственные правила и принципы жизни укладываются в рамки структуры второго порядка, то есть Взрослого в Ребёнке («Маленький Профессор»). Следовательно, то, что родители принимают в наркоманах за КР, является на самом деле проявлением Маленького Профессора

Опекающий Родитель на таблицах 2 и 6 минимизирован. На наш взгляд, данную позицию следует рассматривать скорее как заботу о себе чем беспокойство о родителях.

Подводя итог, ещё раз отметим, что доминирующими эго-состояниями родителей являются Контролирующий и Опекающий Родитель, проявляющиеся в большинстве случаев как гиперопека и гиперконтроль, что отрицательно

влияет на детей. Наркозависимые, наоборот, находятся преимущественно в Детском эго-состоянии (особенно ярко выражены АД и БД). Таким образом мы видим, что родители и дети занимают комплементарные позиции общения.

Полученные нами данные подтверждают точку зрения об адаптивном характере созависимости.

Данные эгограмм отражают субъективное представление наркоманов и их родителей об особенностях их личности.

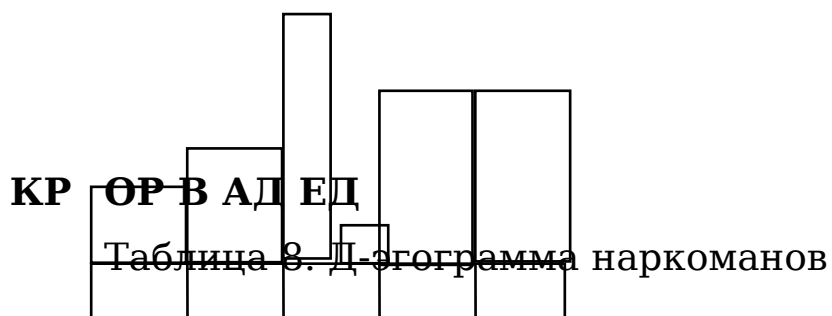
Для получения объективных данных по тем же параметрам (степень выраженности эго-состояний) нами было проведено обследование наркоманов и их родителей по тесту Джонгварда. Тестирование проводилось в той же группе, что и при построении эго-грамм. Таким образом, мы получали возможность сопоставлять субъективные и объективные данные.

Эгограммы, построенные по данным теста Джонгварда, обозначим как «Д-эгограммы».

Обобщенная Д-эгограмма наркоманов (таблица 8) хорошо согласуется с данными, рассмотренными ранее. Этого нельзя сказать об Д-эгограмме родителей. Особенность заключается в том, что выраженность КР и ОР в Д-эгограммах упала, а проявление АД в Д-эгограммах возросло.

КР ОР В АД ЕД

Таблица 7. Д-эгограмма родителей



Эго-состояние АД хорошо описывает феномен созависимости. Э. Смит определила его следующим образом: «Взаимозависимость - это состояние в рамках действительного существования, которое в значительной мере является результатом адаптации к дисфункции» [114]. Это закрепившаяся реакция на стресс, которая с течением времени становится скорее образом жизни, нежели соответствующим средством выживания. Состояние, в котором находятся члены семей наркозависимых (особенно матери) - это стресс, тревога, горечь, обиды, страх будущего, возмущение, раздражение, агрессия, разочарование, чувство вины, ощущение безрезультативности своих действий. Большинство из них соответствуют эго-состоянию Адаптивной Ребёнка.

Состояния и чувства созависимых являются мучительными, поэтому и возникает желание избавиться от них, сделать боль менее сильной. Для этого родители (в первую очередь, матери) выбирают активную позицию контроля и опеки. Результаты теста Джонгварда и данные эгограмм, построенных психологами, подтверждают наше мнение о том, что родители наркозависимых адаптируются через проигрывание социальных ролей Родительских эго-состояний.

Для диагностики межличностных отношений в семьях наркозависимых У.Черепановой, работавшей под нашим руководством был использован транзактно-

реинтерпретированный метод рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга. Суть метода, как и в тесте С. Розенцвейга заключается в анализе высказываний персонажей для определения их связи с транзактными показателями: 1) определение актуализирующего эго-состояния в конкретной фрустрационной ситуации; 2) указание конкретных взаимоотношений между эго-состояниями. Методика, использованная нами, содержит по 10 рисунков, участниками которых являются матери и ребенок. На рисунках изображены персонажи находящиеся в ситуации фрустрации.

Были получены следующие результаты:

Таблица 9. Частота встречаемости конкретных транзакций

в ответах детей и родителей.

	Транзакции	Дети (%)	Родители (%)
1	КР	20	28
2	БД		
1	КР	40	27
2	АД		
1	КР	10	10
2	В		
1	В	4	9
2	В		
1	ОР	4	6
2	БД		
1	ОР	4	5
2	АД		
1	В	6	-

2	АД		
1	КР	4	-
2	ЕД		
1	ЕД	-	5
2	В		
1	ОР	-	3
2	В		

*1 - эго-состояния родителей; 2 - эго-состояния детей.

Из приведенной таблицы видно, что в стрессовых ситуациях родители и дети занимают комплементарные позиции: КР, ОР и АД, БД соответственно.

В 75% случаев у детей и 60% случаев у родителей ситуации воспринимаются конфликтными (транзакционный стимул из КР). Однако статистическая обработка показала, что по данному признаку (конфликтное видение ситуации) ответы испытуемых обеих выборок не различаются. Другими словами, родители и дети воспринимают ситуации конфликтно в одинаковой степени.

Инициатором диалога являются родители в ответах родителей - всегда, в ответах детей - в большинстве случаев. Понятно, что дальнейшее развитие ситуации по конфликтному сценарию зависит от реакции детей. Конфликтными ответами будут считаться те ответы, которые даны из эго-состояний БД и КР. Остальные ответы мы будем считать бесконфликтными. Таким образом, все полученные транзакции можно поделить на потенциально конфликтные и бесконфликтные. Результаты приведены в таблице 10.

Симулы

	Конфликтные КР (75%)		Бесконфликтные В, ОР, ЕД (25%)	
	РЕАКЦИИ	Конфликтные БД, КР (21%)	РЕАКЦИИ	Конфликтные БД (4%)
Бесконфликтные		Бесконфликтные АД, В, ЕД (64%)		Бесконфликтные В, АД, ОР, ЕД (21%)

Таблица 10. Данные по ответам наркозависимых

		Стимулы			
		Конфликтные КР (66%)		Бесконфликтные В, ОР, ЕД (34%)	
		РЕАКЦИИ	Конфликтные БД, КР (28%)	РЕАКЦИИ	Конфликтные БД (7%)
Бесконфликтные	Бесконфликтные		Бесконфликтные АД, В, ЕД (38%)		Бесконфликтные В, АД, ОР, ЕД (27%)

Таблица 11. Данные по ответам родителей

Статистически достоверным (с достоверностью 0,05) является тот факт, что в группе наркоманов к конфликтным стимулам соответствует бесконфликтный ответ. На выборке

родителей статистически доказано, что имеет место меньшее число неконфликтных ответов (с использованием критерия Манн-Уитни. На основании этого мы заключаем, что наркозависимые в большинстве случаев пытаются сгладить обстановку, а родители воспринимают такую ситуацию как конфликтную и соответственно более склонны к конфликтному поведению.

Транзактный анализ аудио- и видеозаписей семейных сессий позволяет утверждать, что, во-первых, в поведении родителей можно выделить константные (исключительные эго-состояния), а, во-вторых, внутрисемейное поведение наркомана строится как комплементарные реакции к проявлениям константных эго-состояний родителей.

Нами были получены следующие результаты:

	Папа	Мама	Наркоман
1	КР	ОР	БД
2	КР	ОР	БД АД
3	ОР	КР	АД
4	ОР	ЕД	АД ЕД
5	КР	КР	АД, БД
6	ОР КР	АД	ОР
7	ОР КР	ОР	, БД, АД

Таблица 12. Константные и комплементарные эго-состояния

в созависимых семьях.

В ситуациях (1, 2, 3) константы КР и ОР, им комплементарен либо БД, либо АД. Причем АД достигает желаемого результата (изменение ситуации таким образом, чтобы получить поглаживания) лишь в том случае, когда

объединяется с ОР. Родитель, находящийся в эго-эго состоянии ОР, получает поглаживания за счет того, что чувствует свою необходимость. В коалиции АД еще больше закрепляется эго-состояние ОР. В этом случае эго-состояние КР усиливается и переходит в форму гиперконтроля над АД, обвинений и упреков в сторону ОР. Таким образом, возникает ситуация, где каждый может остаться удовлетворенным: для КР есть повод контролировать, ОР - заботится, АД - чувствовать себя обиженным и оскорбленным.

Объединение с ОР дает возможность Адаптированному Ребенку, заручившись заботой и поддержкой со стороны ОР, не действовать в соответствии с требованиями Контролирующего Родителя. В этом смысле сама ситуация коалиции АД и ОР становится «бунтующей». Таким образом, КР не достигает поставленной цели («Меня должны слушать»), так как АД не подчиняется и не выполняет его предписаний.

Когда актуализируется БД наркомана в ответ на КР и ОР родителей, общение имеет открытый конфликтный характер. Если ОР поддерживает БД, то конфликт переходит в плоскость супружеских отношений. Одновременно эго-состояние БД меняется на АД для объединения с ОР.

В четвёртой ситуации (таблица 12) в диаду АД-ОР включается эго-состояние ЕД. При этом эго-состояние АД изменяется Естественным ребенком, которые впоследствии образовывали коалицию (ЕД-ЕД). ОР, как в случае с КР и БД, остается в стороне и намечается смена эго-состояния. Таким образом, переход к другому эго-состоянию осуществляется в тот момент, когда какое-то из этих эго-состояний не получает достаточно поглаживаний для дальнейшего существования.

Подводя итог, скажем, что гибкий переход от одного эго-состояния к другому способствует повышению эффективности общения, снижению конфликтных проявлений. Описанные выше ситуации являются типичными в семьях наркоманов. Во-первых, потому что эго-состояния КР ОР, АД, БД являются наиболее выраженными у родителей и детей соответственно (см. эгограммы). Особенностью наркоманских семей является то, что эго-состояния становятся константными.

Основываясь на исследованиях в области родительско-детских отношений семей наркоманов [88], а также на собственных наблюдениях, мы приходим к следующему выводу. Матери чаще занимают опекающую позицию, в то время как у отцов актуализируется КР. Однако КР отцов проявляется своеобразным образом: они обвиняют матерей в наркомании их ребенка, оставаясь при этом пассивными и отстраненными по отношению к ребенку. В таких семьях часто встречающимися коалициями являются объединения матери и ребенка. Например, мать скрывает наркоманию ребенка от отца. Таким образом, отца отстраняют на периферию. В результате отец либо не участвует в воспитании детей, либо вообще уходит из семьи.

Для матерей очень важно получать «поглаживания», внимание со стороны ребенка, поскольку для них характерны фобия утраты, повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, потерять ребенка [14;95]. Очевидно, что матери будут любым путем «добиваться» объединения с ребенком. А это означает, что родители, в первую очередь матери, вынуждены изменить свое эго-состояние ОР на АД, так как

именно оно позволяет приспособиться к ситуации, когда БД их ребенка константен.

В ситуации двух Контролирующих Родителей у ребенка актуализируется АД (он испытывает вину за то, что огорчил родителей, за то, что не выполнил их требования). При этом проявления КР родителей еще больше усиливаются (эго-состояния КР родителей получают поглаживания со стороны эго-состояния АД ребенка), что приводит к актуализации БД ребенка. Иными словами, БД ребенка является своего рода защитой от обвинений КР. В следующий момент, в случае продолжающегося влияния КР родителей, у наркомана может актуализироваться КР, что также является специфической защитой.

В ситуации АД мамы и ОР папы у ребенка актуализируется ОР в ответ на проявления Ребенка матери. Таким образом, образуется коалиция матери и ребенка, то есть эго-состояния ребенка и матери подкрепляют эго-состояния друг друга. Поскольку ОР отца не получает подкреплений наблюдается смена позиции отца с ОР на КР.

Интересная ситуация наблюдалась в случае проявления позитивных аспектов эго-состояний ОР у обоих родителей: наркоман находится в состоянии неопределенности. Он изумлен. Такие обстоятельства являются неожиданными для него: он был готов либо оправдываться, либо протестовать.

В состоянии неопределенности поведения человека подвержено значительным изменениям, он становится более восприимчивым: происходит изменение стереотипа. Мы получаем одно из решений проблемы, заключающееся в том, что родители не знают как вести себя с наркоманом, чтобы повлиять на него. Мы считаем, что умение вести себя

каждый раз по-новому может дать позитивные результаты во взаимодействии с наркозависимыми. Понятно, что такой подход со стороны родителей требует огромного творческого потенциала и проявления спонтанности. Другими словами, необходимо увеличение активности эго-состояния позитивного Естественного Ребенка и Взрослого родителей. В этом заключается одна из задач родительских психотерапевтических групп.

Осмысление полученных результатов невозможно исходя только из имеющихся концепций созависимостей. С другой стороны, из клинической практики хорошо известен феномен сохранения признаков созависимого поведения даже при отсутствии (например, в результате гибели от передозировки) зависимого члена семьи.

В связи с этим нами было выдвинуто предположение о том, что в основе созависимых отношений лежит статичная идеальная представленность наркомана в жизни родителей.

Для проверки данной гипотезы нами было проведено специальное исследование, суть которого заключалась в следующем. Из числа родителей (матери), обратившихся за консультацией по поводу наркомании их ребенка была сформирована экспериментальная группа (57 человек). Контрольная группа была сформирована из числа родителей, обратившихся за психологической консультацией в связи с проблемами их детей подросткового возраста (18 человек), не связанными с употреблением наркотиков.

Испытуемым из экспериментальной и контрольной групп предлагалось придумать диалог от лица персонажей картин, нарисованных по типу стимульного материала теста Розенцвейга. Обследование проводилось в две серии. В

первой серии родители экспериментальной и контрольной групп выполняли задание в присутствии их ребенка, который был пассивен и не участвовал в эксперименте. Такая форма проведения эксперимента вполне соответствует разработанным В.А. Петровским способам репрезентации Исследуемого испытуемым, параметрам изменения психических проявлений испытуемых, удобных для регистрации, а также правилам «индивидуальной специфичности» и «идеальной представленности» [80]. Во время второй серии эксперимента, которая проводилась неделю спустя, подростки не присутствовали.

Ответы испытуемых классифицировались по проявленным в них эго-состояниям. При обработке учитывались только реплики от лица родителей.

Повторное обследование проводилось по той же схеме четыре месяца спустя. Из числа родителей наркоманов, участвовавших в эксперименте на первом этапе, во втором этапе участвовало 16 человек. К этому времени их дети - наркоманы находились в состоянии ремиссии сроком от 3,0 месяцев до 0,5 месяца. Из числа родителей «обычных» подростков на втором этапе участвовало 14 человек. Критерием их отбора для участия в исследовании на втором этапе была позитивная оценка изменений поведения подростка и отношений с ним.

Результаты исследования приведены в таблице 13.

Анализ полученных результатов показывает, что несмотря на объективное изменение, связанное с состоянием ремиссии у ребенка, характер воздействия его идеальной представленности на поведение матерей практически не изменился: и на первом, и на втором этапе исследования

присутствие ребенка вызывает статистически достоверное увеличение реакции КР и ОР и снижение реакции «В». Заметим, что аналогичная закономерность в контрольной группе не имеет достоверной выраженности.

В контрольной группе изменение отношений с подростком, стабилизация родительско-детских отношений привело к достоверному перераспределению соотношения эго-состояний в направлении их большей сбалансированности и возрастанию выраженности эго-состояния Взрослый.

Таким образом, мы видим, что характер идеальной представленности наркомана в личности матерей не изменился, несмотря на реальное изменение в течении наркомании у их ребенка. В контрольной группе мы обнаруживаем динамику идеальной представленности ребенка в личности матери.

	1 этап				2 этап			
	Родители наркоманов		Родители контрольной группы		Родители наркоманов		Родители контрольной группы	
	1 серия	2 серия	1 серия	2 серия	1 серия	2 серия	1 серия	2 серия
	1	2	3	4	5	6	7	8

КР	3 9%	3 4%	2 6%	1 4%	4 1%	3 4%	2 0%	1 9%
ОР	4 7%	4 0%	2 3%	1 6%	4 4%	3 9%	1 8%	1 7%
В	3 %	1 2%	2 9%	3 9%	4 %	1 3%	3 7%	3 8%
АД	9 %	9 %	3 %	4 %	8 %	1 2%	6 %	4 %
БД	2 %	5 %	4 %	5 %	2 %	2 %	5 %	4 %
ЕД	-	-	9 %	1 2%	-	-	1 4%	1 8%

Таблица 13. Средние значения выраженности эго-состояний у матерей наркоманов на разных стадиях наркомании у ребенка (в %).

Сколько бы сильно не отличались друг от друга семьи наркоманов, их объединяет общая черта, заключающаяся в том, что супруги и остальные домочадцы говорят, думают и рассуждают на одном уровне, а взаимодействуют, чувствуют, переживают - на другом, что образует как бы скрытую инфраструктуру их жизни, своеобразный подтекст семейных отношений. Именно в этом подтексте и может скрываться причина, фиксирующая наркотизацию подростка. Внешние стимулы, запускающие цепочку наркотического поведения, могут выглядеть по-разному. Это могут быть:

- непоследовательность в ожиданиях, выражающаяся то в уверенности в успехе терапии и реабилитации, то в

высказываниях о бесперспективности и бесполезности терапии, фатальной обреченности подростка;

- упреки в неблагодарности, слабости;
- вербальные и невербальные сообщения, подчеркивающие вину подростка за происходящее;
- гиперконтроль, подозрительность, конфликтность;
- делегирующая позиция родителей (когда ответственность и вина за наркоманию приписываются исключительно подростку или другому родителю);
- тотальный контроль, недоверие и подозрительность;
- конфликтность и агрессивность со стороны родителей;
- патологическая лживость, манипулирование самыми святыми чувствами, обидчивость со стороны подростка;
- чувство вины родителей перед подростком и друг другом.

Семейный кризис на этом этапе максимально обостряется. И даже если в этот период наркоман проходит курс медицинского лечения, ремиссия, как правило, не бывает продолжительной.

Обращение наркомана или его родителей за психологической помощью являет моментом перехода к третьей стадии динамики семейных отношений при наркомании, на которой разворачивается семейная терапия и реализуется психологическая помощь родителям.

Задача-минимум - изменить семейную ситуацию и сделать принципиально не возможным возврат к прежней системе отношений.

Задача-максимум - нормализовать и реконструировать основные функции семьи, активизировать личность как субъекта ответственности за свою жизнь и судьбу.

Парадоксальность ситуации может заключаться в том, что движение подростка от наркомании может одновременно означать для семьи движение супругов к разводу. Как бы то ни было, мы считаем, что работа с семьей наркомана это, по сути дела, содействие в принятии членами семьи новых ответственных решений по поводу себя и своего места в семье.

Отношение к наркомании у разных членов семьи будет во многом определяться их зачастую неосознаваемыми отношениями друг к другу. Нередко это приводит к тому, что семейное взаимодействие или поведение кого-то из членов семьи выступает как фактор, запускающий и фиксирующий наркотическое поведение.

Например, неудовлетворенность супругом может привести к тому, что он будет отвергаться через приписывание ему ответственности за наркоманию ребенка. Возникает своеобразный альянс: подросток - наркоман в стадии ремиссии плюс борющийся за его жизнь родитель (как правило, мать) в противовес родителю, который считается главной причиной наркотизации.

Отвергаемый родитель, как правило отец, дистанцируется от все более замыкающейся в себе пары «мать-ребенок» (обычно сын), предоставляя им возможность самим решать проблему. Однако, периодически отцы предпринимают попытки вклиниться в материнско-детский альянс. Способы такого проникновения могут быть .
разными: от подкупа до агрессии. Очень скоро отец снова

оказывается на периферии семейных отношений. Таким образом, Циклы повторяются один за другим, делая отношения в семье все более психопатологизирующими.

Таким образом, отказ от наркотиков должен был бы одновременно привести к перераспределению семейных ролей и изменению всей системы семейных взаимоотношений. Бессознательное сопротивление таким изменениям приводит к нарастанию провоцирующих проявлений.

3. Принципы, формы и методы терапии созависимости

Взгляд на наркоманию как проблему личности, «вписанную» в социальный контекст, «погруженную» в него, в последнее время находит все больше и больше сторонников и, по сути, знаменует собой возникновение принципиально нового подхода к терапии наркомании. Традиционная наркологии достигла значительных успехов в понимании и терапии соматических аспектов наркомании, а также психических изменений, вызванных наркоманией на интраиндивидуальном уровне. Вместе с тем, низкая эффективность «медицинского» подхода является самым сильным аргументом, подтверждающим его ограниченность. Таким образом, одним из важнейших факторов успеха в терапии наркомании становится работа с близким социальным окружением наркомана. Теоретическое обоснование и эмпирические данные, подтверждающие этот тезис, приведены в соответствующих главах нашего исследования.

Взаимовлияние наркомана и его ближайшего социального окружения, обозначаемое термином «созависимость», является предметом рассмотрения достаточно большого количества авторов. Более того, на сегодняшний день существуют различные по своей научной обоснованности и практической эффективности попытки построения систем терапии созависимости. Наиболее известной и распространенной из них является деятельность Нар - Анон (анонимные родственники наркоманов). Будучи совершенно самостоятельной, полностью независимой от каких бы то ни было государственных или общественных структур, движение Нар - Анон основывает свою деятельность на идеологии и методологии программы «12 шагов». Напомним, что программа «12 шагов» возникла и начала развиваться в США в 1935 году в контексте движения «Анонимные Алкоголики» как попытка практической реализации идеи «терапевтической общины», «терапевтического сообщества». Начиная с середины 40-х годов, движение «Анонимные Алкоголики» широко распространилось по всему миру. В настоящее время количество групп этого движения составляет примерно 100 000 более чем в 200 странах мира. После резкого всплеска наркомании в 60 годы, прежде всего в США программа «12 шагов» стала применяться и для терапии наркоманов, и для терапии созависимости.

Важным обстоятельством, существенно повысившим и эффективность программы «12 шагов», и ее авторитет, и ее популярность стало включение в нее различных психологических концепций, а также возникновение движения «Взрослые дети алкоголиков», объединившее всех,

кто вырос в алкогольных и любых иных дисфункциональных семьях. Наблюдение и обобщение опыта работы этих групп позволило исследователям прийти к выводу о том, что для всех этих людей характерны общие личностные проблемы, которые и служат основой для формирования в последующем тех или иных видов зависимости. Анализ результатов деятельности различных групп самопомощи, основанных на идеологии «12 шагов», дал возможность объединить духовные принципы работы групп АА (и других) с некоторыми положениями психологии, психиатрии, социологии, антропологии и других наук. Это привело к появлению в конце 40-х годов Миннесотской модели лечения, основу которой составляют следующие представления:

- ◆ химическая зависимость (алкоголизм, наркомания) является неизлечимым хроническим заболеванием, имеющем духовную основу и возникающем не по вине заболевшего;

- ◆ химическая зависимость является одним из возможных проявлений глубинных духовных дефектов (позже они были названы созависимостью) и имеет единую природу с другими видами зависимости;

- ◆ зависимость невозможно вылечить, однако возможен поворот от развития болезни к выздоровлению при готовности человека к такому повороту и желании отказаться для этого от своеволия;

- ◆ у человека, страдающего алкоголизмом или наркоманией легко может сформироваться зависимость от любых веществ, изменяющих сознание, волевою, эмоциональную или интеллектуальную сферу. Поэтому

лечение по Миннесотской модели - полностью безмедикаментозное;

- ◆ лечебный центр должен представлять собой терапевтическое сообщество, персонал которого не противопоставляет себя пациентам, а сотрудничает с ними. Поощряется и стимулируется максимальная открытость в общении, при строгом соблюдении правил конфиденциальности и анонимности;

- ◆ ответственность за выздоровление лежит на самом пациенте;

- ◆ сотрудник лечебной программы должен быть примером поведения для пациента, взаимоотношения между сотрудниками - примером для построения взаимоотношений пациента с другими людьми;

- ◆ крайне желательно привлечение к участию в лечебном процессе всей семьи пациента, а при возможности - и его друзей, сотрудников и т.д.;

- ◆ вся терапевтическая система должна представлять собой широкий комплекс мероприятий, включающих профилактику, сеть контактных центров (телефоны, консультационные пункты, амбулатории), лечебные программы, социальную помощь [85].

Со временем Миннесотская модель получила такое же распространение, как и исходная по отношению к ней программа «12 шагов». На ее основе было создано несколько программ работы с различными формами зависимости. Несмотря на распространенность модели, исследования ее эффективности немногочисленны и противоречивы. Более того, Миннесотская модель представляет собой модель лечения, т.е. модель подхода к терапии зависимости и

созависимости. При этом подразумевается, что *модель подхода* адекватно отражает специфику феномена. Однако оценить степень адекватности модели терапии можно, если существует модель феномена, в рамках которой находят свое объяснение известные проявления феномена, а также дается объяснение его происхождения и динамики. Однако, сколь-нибудь удовлетворительная модель созависимости, с которой была бы согласована модель терапии, в рамках обсуждаемого подхода отсутствует. То же самое можно было бы сказать и по отношению к деятельности групп Нар - Анон. Научное представление о созависимости заменяется в этих программах констатацией факта существования созависимых отношений и признанием своей неспособности справиться с ними.

Заметим, что Миннесотская модель формировалась как форма стационарного лечения. Однако достаточно быстро появились и другие формы: программы длительного пребывания; программы, построенные по типу терапевтической общины; «промежуточные» лечебно-адаптационные учреждения («дом на полпути»); дневные стационары, амбулаторные программы. На наш взгляд такая высокая вариативность модели может быть объяснена, по меньшей мере, двумя обстоятельствами, оценки которых диаметрально противоположны. С одной стороны, это может говорить о гибкости модели, наличии в ней потенциала дальнейшего развития. С другой стороны, это может быть проявлением стремления адептов программы за счет ее модификации компенсировать неадекватность исходных положений.

Анализ системы наркологической помощи в России показывает, что сегодня в стране существуют **все** формы работы с химически зависимыми пациентами. Вместе с тем, научный анализ эффективности различных форм практически отсутствует. Не останавливаясь специально на обсуждении этого важного, но непосредственно не относящегося к предмету нашего исследования вопроса, отметим, тем не менее, что наиболее адекватной природе наркомании является амбулаторная модель терапии психической зависимости. Исходя из нашего общего представления о наркомании как *болезни личности в социальном контексте*, мы полагаем, что одним из принципов терапии наркомании должен быть *экологический принцип*: перестать быть наркоманом индивид может только в тех условиях, в которых он наркоманом стал. Выход за пределы ограничений среды, преодоление ее давления является для наркомана актами неадаптивной активности, что, как это было показано выше, является условием развития здоровой части его личности и, с другой стороны, условием сокращения активности наркотической части личности индивида.

Амбулаторная форма работы с наркозависимым задает и амбулаторную форму работы с членами его семьи. Если предположить, что наркоман лечится стационарно, а люди, находящиеся с ним в отношениях созависимости - амбулаторно, то, очевидно, что это сразу же распределяет роли «больной» - «здоровые» и нарушает баланс ответственности за совместное выздоровление в семье. Таким образом, мы полагаем, что одним из принципов терапии созависимости является *экологический принцип*, а наиболее

оптимальной с точки зрения организации - *амбулаторная форма* работы. Помимо создания и поддержания указанного условия «равенства» участников терапевтического процесса (в противовес «он - больной, а мы - родственники - здоровы»), являющегося основой равенства ответственности, амбулаторная форма организации терапии созависимости позволяет также:

- ◆ свободно и оперативно выявлять семейную констелляцию;
- ◆ гибко планировать работу: в отличие от стационарной формы амбулаторная менее жестко структурирована;
- ◆ собрать и включить в терапевтический процесс максимальный состав семьи.

В определении содержательных и методических принципов терапии созависимости мы исходим из результатов эмпирических исследований созависимости, а также из анализа клинической практики.

Решающее значение для формирования СРРН имеет повышение уровня тревожности в первое время после обнаружения того, что ребенок употребляет наркотики. Тревога родителей вызвана целым рядом причин. Во-первых, большой неопределенностью будущего. Зная о негативных последствиях наркомании, опасности гибели ребенка, мнении о неизлечимости наркомании, родители испытывают значительную фрустрацию, которая тем сильнее, чем ниже уровень их исходной осведомленности. Во-вторых, ощущением беспомощности перед опасным пристрастием ребенка. Все напряжение их сил, обращение к своему родительскому опыту, весь тот арсенал воспитательных

средств, который был накоплен за предыдущие годы, - все это оказывается теперь неэффективным и малополезным. Увы, в «борьбе» с родителями за свою независимость от них подростки могут «случайно обнаружить» самый мощный аргумент, перед которым родители бессильны.

В-третьих, стремительные изменения в психологическом складе личности ребенка, его поведении, социальном окружении, физическом облике ежедневно подтверждают для родителей обреченность их ребенка и всякую безнадежность любых усилий.

Практически все члены семьи вынуждены менять свой образ жизни. Семья переходит в режим аварийного функционирования. Это приводит к тому, что определенная доля активности, реализуемой раньше, оказывается невостребованной, что еще более повышает уровень тревоги и напряжения. Все сознание родителей фиксируется исключительно на факте наркотизации ребенка, оно перестает быть гибким. Говоря словами гештальт-психологов, происходит «фиксация на фигуре», нарушение способности воспринимать ситуацию и действовать «здесь и теперь».

В работе с родителями наркоманов снятие напряжения и тревоги требует от психолога особой гибкости. Необходимый баланс фрустрации и поддержки здесь особенно важен из-за высокого уровня напряженности и тревоги (что создает необходимость поддержки) и суженности восприятия родителями ситуации (что определяет необходимость некоторого уровня фрустрации).

При работе с родителями наркоманов необходимо учитывать их склонность к манипулятивному поведению, являющемуся одним из наиболее ярких проявлений

созависимости. Разрушение манипуляций вызывает у родителей наркоманов (и других членов семьи) естественное напряжение, которое способно разрешаться в широком диапазоне реакций [14]. В связи с этим, терапевт должен быть очень внимателен к проявлениям подлинных и искренних чувств, поддерживать их и разрушать манипуляции и типичные для созависимых игры.

Заметим также, что по мере формирования созависимости у родителей наркоманов снижается способность к адекватному отражению эмоциональных состояний других людей [62], происходит поляризация сознания [93].

Анализ перечисленных особенностей созависимых, а также обобщение данных эмпирических исследований созависимости позволяет построить теоретическую модель феномена.

Поскольку речь идет о *созависимости*, то очевидно, что моментом ее возникновения является обнаружение наркомании у значимого другого. Мы полагаем, что развитие созависимости связано с отраженной субъективностью наркотической личности в других людях (членах семьи наркомана).

Мы рассматриваем созависимость как результат взаимодействия интериндивидуальных проявлений наркотической личности и эффектов ее инобытия в личности родителей наркомана. Иными словами, мы рассматриваем созависимость как совокупность феноменов, возникающих в жизни семьи наркомана в следствии его субъектной продолженности и запечатленности в личностях близких ему

людей. Такое понимание созависимости объясняет факт ее сохранения, даже при отсутствии зависимого члена семьи.

Важным для понимания природы созависимости и, соответственно, определения принципов ее терапии, является анализ процесса взаимодействия интериндивидуальных проявлений наркотической личности (в процессе реального взаимодействия) и влияние ее метаиндивидуальной продолженности на личностную динамику близких наркомана. Нам представляется, что осуществление такого анализа возможно с позиции синтетического подхода, объединяющего концепцию отраженной субъектности (В.А. Петровский) и концепцию эго-состояний (Э.Берн). Основные положения, позволяющие осуществить такой синтез, разработаны В.А. Петровским и его сотрудниками:

1. «Каждое из эго-состояний может опосредовать процесс межиндивидуального отражения...
2. Отражается личность в целом, со всеми тремя эго-состояниями, независимо от того, какое эго-состояние актуализировано у отражаемого в момент осуществления отражения.
3. Одним из основных факторов, определяющим характер конверсии, т.е. переноса другого человека из пространства реального бытия в пространство его идеального бытия в личности отражающего является качество контакта между отражаемым и отражающим...
4. Отражение выступает в качестве источника динамики (достройки, соотнесения, обогащения) эго-состояний отражающего» [89].

Наибольшее значение с точки зрения задач нашего исследования имеет положение о важности качества *контакта* между отражаемым и отражающим.

Анализ проявлений созависимости, а также клинические наблюдения за взаимодействием наркомана и его родителей позволяют выделить следующие качественные характеристики их контактов:

1. У родителей преобладают проявления эго-состояния «Родитель».

2. В момент реального взаимодействия с родителями наркоман находится в «схеме наркоманского поведения», т.е. проявляется его наркоманская личность.

3. Взаимодействие наркомана и его родителей носит преимущественно конфликтный характер, при этом используются негативные стратегии конфликтного поведения.

4. Контакты наркомана и его родителей носят эмоционально перенасыщенный характер, что переживается и тем и другими как *избыточность контакта*. (Родители говорят: «устали», наркоман говорит: «достали уже».) Иными словами, возникает ситуация невозможности адекватного ответа на «прикосновение» другого.

Таким образом, мы полагаем, что эго-состоянием, опосредующим процесс межиндивидуального отражения, т.е. *конвертором* [89] у близких наркомана является Родитель. Процессы конверсии с позиции Родителя, Взрослого и Ребенка подробно рассмотрены в работе В.А. Петровского и его сотрудников [89]. При этом отмечается, что «когда конвертором выступает Родитель, порождаются формы эго-состояния Ребенок» [89]. Это положение полностью

объясняет эмпирически обнаруженное нами преобладание Адаптивного Ребенка у родителей наркомана (Глава 2.2). Достройка Ребенка у родителей наркомана объясняет динамику интраиндивидуальных черт родителей наркомана, обозначаемых нами как СРРН (синдром родительской реакции на наркоманию). В.А.Петровский и его соавторы выделяют две формы порождаемого эго-состояния Ребенок: одна из форм означает растворенность другого в порождаемом Ребенке, вторая форма заключается в отстранении другого как значимого существа, в упразднении его как субъекта [89].

В первом случае практически растворяются границы, отделяющие Ребенка наркотической личности от Ребенка родителей наркомана. Ребенок наркотической личности эмоционально переживается родителями наркомана как их собственный Ребенок. «Здесь мы имеем дело, - пишут авторы цитируемой работы, - с тем, что обозначают термином *фиксация*» [89]. Поведение, мышление, эмоции родителей наркомана оказываются полностью *зафиксированы* на наркомании их ребенка, что резко сужает круг их возможностей, реакций, проявлений, что в конечном итоге приводит к «растворению» родителей в наркомане: «ничего не осталось: ни чувств, ни интересов, ни желаний...» (Нина П., 41 год, мать наркомана). Наличие таких фиксаций приводит к тому, что образ ребенка - наркомана становится ригидным. Именно с этим связано на наш взгляд то, что родители наркомана *не замечают* реальной динамики состояния их ребенка - наркомана.

Во втором случае конверсии по средством Родителя наркоман упраздняется как субъект: «Упразднение»

подразумевает ряд противопоставлений, осуществляемых Родителем: другому человеку отказывают в праве на собственное мнение или принятие ответственности, в понимании ситуации и т.д.; он воспринимается как не управляемая, не имеющая никакой внутренней логики и порядка в себе сила и пр., т.е. низводится до эго-состояния Ребенок; но это - отчужденный Ребенок, «не Я» [89]. Это приводит к тому, что родители стремятся к тотальному контролю за поведением наркомана, полному принятию ответственности на себя. «Родитель - конвертор оттесняет, таким образом, другого человека на самые архаичные, бессознательные уровни своего Ребенка. Мы имеем дело еще с одним механизмом психологической защиты - *вытеснением*» [89].

Исследования, проведенные нами с помощью ТА методов диагностики (трансактная интерпретация РДО и стиля воспитания в период, предшествующий наркомании) показывает, что порождение конкретной формы эго-состояния Ребенок, когда конвертором выступает Родитель связано с преобладанием какого-либо аспекта Родителя у отражающего: если у родителя наркомана преобладает Контролирующий Родитель, то происходит упразднение наркомана как субъекта, если у родителя наркомана преобладает Опекающий Родитель - фиксация. Если в преморбиде у родителей аспекты Родителя представлены примерно в равном соотношении, то в период болезни наркомана у родителей наблюдается крайняя поляризованность сознания [93].

С этих позиций очевидно, что эффективная терапия созависимости возможна, если создаются условия для

порождения и поддержания у родителей наркомана конверсии, осуществляемой Взрослым. Таким образом, задача терапии созависимости заключается в том, чтобы «запустить механизм «Взрослой конверсии» [89]. С наращиванием интенсивности «Взрослой конверсии» у родителей наркомана постепенно преодолевается страх, растерянность и ощущение абсолютной беспомощности; кроме того, преодолевается наивное убеждение, что только тотальный контроль способен спасти их ребенка. Все вместе это расширяет способность родителей действовать «здесь и теперь», активизирует воспитательное творчество родителей. Мы полагаем, что активизация «Взрослой конверсии» является одним из наиболее важных принципов терапии наркомании: Взрослый родителей, отражаясь в наркомане, наращивает и усиливает здоровую часть его личности.

Необходимо заметить, что активизация и деконтоминация Взрослого родителей является одной из наиболее сложных задач. Сложность решения этой задачи помимо ранее упомянутых особенностей созависимых усугубляется еще и тем, что пребывание во Взрослом означает для родителей пребывание в состоянии *неопределенности*. Родители наркомана более - менее уверенно чувствует себя в эго-состоянии Родитель: их чувства и мысли не просто понятны им самим - они соответствуют культурному стереотипу, исторически сложившемуся образу родительского поведения; с другой стороны, реакции их ребенка - наркомана предсказуемы, его реакции на Родительские проявления его родителей *предопределены*. Не менее «комфортным» оказывается для родителей наркомана и эго-состояние Ребенок. Пребывание в Ребенке позволяет им полностью

делегировать ответственность за то, что происходит с ними и их семьей внешним обстоятельством, а ответственность за успех терапии - сотрудникам реабилитационного центра. Пребывание во Взрослом означает для родителей неизбежную необходимость выхода за пределы социально-культурных стереотипов родительского поведения, принятия ответственности за результат *своих* поступков и действий. Это и означает для них оказаться в ситуации неопределенности. В связи с этим мы считаем, что одна из задач в работе с родителями наркоманов заключается в том, чтобы формировать у них «способность находиться в состоянии неопределенности, тайны, в сомнениях без раздражающей погони за фактами и причинами» [158].

Концепция отраженной субъектности и концепция эго-состояний позволяет по-другому взглянуть на те программы терапии созависимости, о которых речь шла выше. Поскольку подавляющее большинство этих программ основано на идеологии «12 Шагов», нам представляется возможным ограничиться анализом пунктов именно исходной 12-ти шаговой программы.

Программа работы групп членов семьи наркоманов Нар - Анон и других представляет собой **текстуально** модифицированную программу «12 шагов» для алкоголиков. Сущность программы при этом остается неизменной.

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что наша жизнь стала неуправляемой.
2. Пришли к убеждению, что лишь Сила, более могущественная, чем наша собственная, может вернуть нам здравомыслие.

3. Приняли решение верить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы его понимаем.

4. Произвели глубокое и бесстрашное исследование своего поведения.

5. Признались перед Богом, собой и другим человеком в сущности своих ошибок.

6. Полностью подготовились к тому, чтобы Бог избавил нас от всех отрицательных черт нашего характера.

7. Смиренно попросили Его устранить наши изъяны.

8. Вспомнили всех, кому мы причинили зло, и приготовились возместить им нанесенный ущерб.

9. Лично возместили ущерб всем этим людям, где это было возможно, кроме тех случаев, когда такое возмещение принесло бы вред им или кому-либо другому.

10. Продолжали критически наблюдать за своим поведением и когда ошибались, своевременно признавали это.

11. Старались путем молитвы и размышления углубить наш сознательный контакт с Богом, как мы Его понимаем, молясь о знании Его воли и о силе для исполнения этой воли.

12. Достигнув духовного пробуждения в результате выполнения этих Шагов, мы старались делиться опытом с другими алкоголиками и применять эти принципы во всех наших делах.

Первые три пункта программы с точки зрения ТА активизируют и усиливают Адаптивного Ребенка адепта.

Созависимые, как правило, легко и бесконфликтно принимают эти шаги, поскольку они соответствуют не только их психологическим особенностям, но и ожиданиям. Далее усиленный Ребенок опосредует процесс межиндивидуального

отражения в ситуации взаимодействия с наркоманом и, что еще более важно, в ситуации групповых занятий. В ситуации, когда конвертором является Ребенок, по мнению авторов идеи, [89] происходит достройка Родительского эго-состояния: «Когда конвертором выступает Ребенок, в результате рождается *ассоциированный* (курсив наш – С.Б., К.Л., Е.Н.) Родитель. Другой человек при этом переживается как источник влияния, которому подвержен отражающий, ... другой человек переживается в своей неотделимости от меня, что ... соответствует категории «интроекция». Переживание другого человека как силы подчиняющей меня (А именно это и должно быть признано на первом шаге программы Нар - Анон – С.Б., К.Л., Е.Н.), свидетельствует об актуализированности другого в качестве Родителя» [89]. Нам представляется, что актуализация в качестве Родителя группы (групповой субъект) и ее ведущего будут означать **закрепление** отношений созависимости: возникает комплиментарная пара Адаптивный Ребенок родителей и Родитель, представленный групповым субъектом. При этом Родитель родителей наркомана ассоциируется с группой, выполняющей функции Родителя.

Группа, как групповой субъект, интроецируется в Родительское эго-состояние каждого участника группы во всей совокупности внутrigрупповых отношений. Существующая практика ведения групп для созависимых Нар - Анон такова, что достроенный в группах Нар - Анон Родитель получает поглаживания и таким образом подкрепляется. Внешне такое подкрепление выражается в поддержке и поощрении сколь угодно продолжительных

монологов родителей обличающего или «покаянного» характера.

Очевидно, что именно этот ассоциированный достроенный Родитель и становится той Силой и «Богом, как мы его понимаем» - шаг 2 и шаг 3 - к которому в последствии должны обращаться созависимые для преодоления своей созависимости.

Следующий, четвертый шаг, означает для родителей наркомана ничто иное как анализ их Адаптивного Ребенка со стороны их ассоциированного Родителя. Обнаруженные в ходе такой работы черты характера признаются негативными (шаг 5). На следующих этапах работы (шаг 6 и шаг 7) происходит дальнейшее усиление и наращивание Родительского эго-состояния. Остальные шаги - 8, 9, 10, 11 и 12 - также направлены на усиления Родителя. Нетрудно заметить, что «дефекты характера», от которых созависимых должен избавить «Бог, как мы его понимаем», есть не что иное как достроенный, обогащенный на стадии открытой наркотизации ребенка Ребенок родителей наркомана.

Таким образом, сущность всех терапевтических программ, основанных на 12 шаговой идеологии, заключается в том, чтобы активизируя Ребенка адептов, сделать его конвертором, переносящим Родительские проявления группы (группа выступает для ее участников как групповой Опекающий Родитель), ведущего (ведущие групп реализуют функции Контролирующего Родителя) или даже зависимого, в результате чего идет достройка Родительской инстанции созависимых, призванной **контролировать** проявления их Адаптивного Ребенка. Таким образом, созависимые обретают контроль за своим поведением тогда,

когда их Родитель становится сильнее их Ребенка. В связи с этим, мы склонны интерпретировать эффекты участия в 12-шаговых программах как формирование структурной патологии, когда при незначительной представленности Взрослого формируется мощный константный Родитель, исключая проявления Ребенка.

Приведенные выше рассуждения, основанные на результатах ТА-диагностики наркоманов и членов их семей, хорошо объясняют формирование специфических черт личности у участников групп Ал -Анон и Нар - Анон:

- ригидность мышления;
- стереотипность суждений и поведения;
- исключительная уверенность в правильности своего мышления;
- оценочность высказываний.

Отметим также, что многие участники 12-шаговых групп оказываются неспособны покинуть свое «терапевтическое сообщество» и после прохождения двенадцатого шага. Таким образом, мы можем сделать предположение о *переносе* созависимых отношений из сферы отношений с наркоманом, в сферу межличностных отношений в сообществе Нар - Анон. Безусловно определенный терапевтический эффект при этом достигается: во-первых, проявления созависимости максимально контролируются, во-вторых, существенно меняются отношения с наркоманом: они становятся менее конфликтными и напряженными, более дистантными и однозначными. Позитивный эффект этих изменений очевиден: ослабевают существовавшие на межличностном уровне условия для воспроизводства зависимости и созависимости. Вместе с тем, ряд важных с точки зрения

оценки эффективности 12 шаговых программ, вопросов остаются открытыми:

- каковы условия развития личности участников программы за пределами сообщества Нар - Анон;
- каково влияние участия в 12 шаговых программах на процесс развития личности;
- как соотносится этика «Высшей Силы» и «Бога, как они Его понимают» с общечеловеческой этикой;
- каково влияние участия в 12 - шаговых программах на качество социальных контактов за пределами «анонимного сообщества».

В связи с этим мы полагаем, что обретение полной личностной свободы, выход за пределы созависимости возможны лишь при условии, если терапия созависимости направлена на укрепление и деконтаминацию Взрослого. Опираясь на этот исходный принцип, мы считаем, что задача терапевта и - шире, терапевтической группы, заключается в том, чтобы сформировать и поддерживать в процессе межличностного взаимодействия механизм «Взрослой конверсии». Технологически эта задача решается, если психологу удастся «удерживать» себя в эго-состоянии Взрослый. Сами по себе реакции психолога из эго-состояния Взрослый оказываются в достаточной степени *фрустрирующими*, поскольку подавляющее большинство обращений родителей к психологу исходит от их Ребенка, ожидающего заботы и помощи, или их Родителя, ожидающего подтверждения его позиции.

Давление родителей (независимо от того, индивидуальный это прием, семейный или родительская группа) настолько велико, что удержание себя во Взрослом

эго-состоянии оказывается для психолога *субъектным* поведением. Если теперь, используя различные техники ТА [16], психологу удастся удерживать родителей наркомана в эго-состоянии Взрослый, это и будет создавать необходимые для «Взрослой конверсии» условия. При этом во Взрослом родителей будет субъектно отражаться Взрослый психолога, что приведет к достройке и укреплению Взрослого родителей.

Важно, что, по мнению В.А. Петровского, находясь во Взрослом, психолог, как отражающий субъект, «наделяет значимого другого также чертами Взрослого; это происходит независимо от того, какие эго-состояния актуализированы в данный момент у другого. Происходит подтверждение или авансирование другого человека такими чертами как ответственность, свобода, независимость» [82]. Конверсия «во Взрослого», «делающая» психолога идеальным значимым другим, обусловлена тем, что родители наркоманов, реализуя черты Взрослого, способны воспринимать свою жизненную ситуацию, отбрасывая предрассудки, иллюзии, ложный стыд и другое.

Укрепление Взрослого у родителей наркоманов позволяет им реализовывать Взрослые реакции в общении с их детьми-наркоманами, что также становится условием положительной динамики Взрослого их детей.

Реализация центрального принципа разрабатываемой нами модели терапии созависимости - **укрепление и деконтаминация Взрослого** - опирается на проведенный выше анализ психической зависимости наркомана и феномена созависимости с позиции концепции отраженной субъектности и концепции эго-состояний. В связи с этим

Важнейшим условием эффективности в работе с семьей наркомана является субъектная позиция психолога, т.е. его готовность свободно и ответственно предрешать непредрешенное. Поскольку созависимость является, по нашему мнению, своеобразным способом адаптации к наркомании, то субъектные проявления психолога становятся условием актуализации субъектности членов семьи.

2. *Отсутствие психологического запроса со стороны семьи.* Семья наркомана обращается отнюдь не за психологической помощью, никак не связывая наркоманию у подростка с его психологическими проблемами в семье или вне семьи. Таким образом, мотивация родителей связана со стремлением получить некую информацию или какое-либо «средство избавления» их ребенка от наркомании и родители ждут от психолога, что его усилия будут направлены прежде всего на работу с наркоманом.

3. *Многослойность семейной проблематики.* Наркомания у подростка выступает в качестве своеобразного катализатора множества негативных процессов, которые ранее могли носить вялотекущий, слабовыраженный характер. Здесь часто приходится сталкиваться с симбиотическими, отвергающими или замещающими отношениями, супружескими конфликтами, крайне остро протекающими конфликтами между сибсами, телесными болями, соматическими симптомами, невротическими расстройствами, последствиями сексуального и физического насилия. С другой стороны, наркомания не только обостряет многие негативные процессы в семье, но и маскирует их, вытесняя их на периферию сознания членов семьи.

4. *Высокий уровень тревожности в семье.* В сочетании с крайней неуравновешенностью и слабостью эго-состояния Взрослый у наркомана и членов его семьи, высокий уровень тревожности существенно сужает возможности психолога в работе с семьей. Такая работа требует соблюдения гибкого баланса фрустрации — поддержки. И наркоманы, и их родители ждут, что психолог будет организовывать свою работу с ними из Родительской позиции. Говоря словами К. Витакера, семья стремится, чтобы психолог как бы «усыновил семью».

5. *Крайне низкая информированность родителей в вопросах, связанных с наркотиками и наркоманией.* Неосведомленность родителей в вопросах наркомании является одним из источников их тревожности. Поэтому, приходя на прием, они буквально заваливают психолога вопросами, часто не относящимися к области его компетенции. Очевидно, что такая своеобразная «познавательная активность» родителей носит защитный характер. В работе с семьей наркомана всегда существует опасность «соскользнуть» на выгодную для родителей позицию «консультанта в вопросах наркологии». Нам доводилось наблюдать случаи, когда подобные ситуации воспроизводились на семейных приемах раз за разом, приобретая очертания специфических клинических игр [16]. В значительной степени такой опасности можно избежать, если в Центре, в котором ведется работа с семьей, существует специальная открытая группа, деятельность которой ориентирована исключительно на информирование родителей по интересующим их вопросам наркомании.

Перечисленные трудности работы с семьей наркомана создают специфическую ситуацию эффективная работа с которой невозможна в рамках какой-либо одной модели или терапевтического подхода. Важнейшим фактором эффективности в этом случае становится *плюрализм методов* при соблюдении *принципа работы с семьей как целым* и *принципа активизации и укрепления Взрослого*.

Групповая работа с родителями наркоманов.

Поскольку, как это было показано выше, подростковая наркомания является семейной проблемой, важной составляющей вторичной профилактики наркомании является работа с родителями. В структуре комплексного терапевтического воздействия на семью наркотизирующегося подростка важную роль играют групповые формы работы с родителями. Работа с ними может вестись как параллельно с реабилитационной программой наркомана, так и независимо от нее. Даже если наркоман избегает лечения, родители, посещающие родительские группы, могут изменить свои реализации на наркоманию, свое поведение в семье, свои реакции на ребенка. Клиническая практика подтвердила и необходимость, и полезность таких групп.

Анализ литературы, посвященной групповым формам работы с родителями, показывает, что при ее организации возможно использование различных моделей. Так, это могут быть:

- ◆ психодинамически ориентированные группы (А. Адлер, В. Шутц);

- ◆ дискуссионные группы (по модели, например, Р. Дрейкуса);
- ◆ группы, основанные на модели группового психологического консультирования (Х. Джайнотт);
- ◆ группы, основанные на идеях гуманистической психологии (Т. Гордон, К. Роджерс, М. Снайдер);
- ◆ группы, основанные на идеях о диалогической природе человеческой личности (М.М. Бахтин);
- ◆ бихевиористски-ориентированные группы (А. Бандура, Дж. Роттер);
- ◆ системы, связанные с религиозными взглядами на воспитание детей и родителей (Р. Кэмпбелл).

Наш опыт работы с родителями и другими членами семьи наркомана показывает высокую эффективность групп основанных на идеях и принципах транзактного анализа (Э. Берн).

Однако очевидно, что при выборе той или иной модели групповой работы необходимо учитывать специфические особенности психического состояния родителей наркоманов.

К приведенным выше особенностям состояний родителей наркоманов добавим существенные, на наш взгляд, характеристики их поведения в родительской группе:

- ◆ поляризованность суждений (а, следовательно, и сознания) о возможных формах внутрисемейного поведения. Например: «Я уже все пробовал: ругал, бил... Ну что теперь - плюнуть и вообще не подходить к нему»;
- ◆ ориентированность на конкретные советы и рекомендации со стороны ведущего группу (...Если просит

деньги, то давать? ...А если он займет у соседей? ...Что ему сказать, когда он приходит уколотый?);

- ◆ крайняя зафиксированность на себе и на своей семейной ситуации (часто это приводит к неспособности слышать друг друга);

- ◆ непонимание роли и значения собственных усилий, направленных на изменение своего поведения («А что я могу сделать?», «Речь ведь не обо мне...»);

- ◆ фиксация сознания на наркомании ребенка, что снижает (вплоть до невозможности) способность к пониманию более широкого круга семейных проблем;

- ◆ эмоциональная напряженность и склонность к аффектам;

- ◆ обвиняющие Родительские реакции в адрес ведущего в случае его отказа давать конкретные советы (Мы сюда за помощью пришли... Вас нормально спрашивают, а Вы как-то не так себя ведете!);

- ◆ уход от обсуждения реальных проблем и отношений с помощью соскальзывания на поиск причин и виновника (Не знаю... Ну где же я проглядела?.. Рос сам по себе... Надо больше было отцу внимания уделять...);

- ◆ делегирующая позиция («А может его куда в общину отправить?...»);

- ◆ высокий уровень тревожности, что проявляется в поиске поддержки и покровительства («помогите нам, у нас уже нет сил....»);

- ◆ склонность к затяжным монологам с бесконечным перечислением подробностей какого-либо события;

◆ критичность по отношению друг к другу и ведущему. Подозрительность и закрытость при внешней лояльности (Мне кажется, Вы не понимаете... у Вас ведь нет ребенка-наркомана...);

◆ избегание личностной или семейной тематики и стремление обсуждать проблему наркомании «вообще» (А вот скажите, еще где-нибудь в мире такая тяжелая ситуация есть?..).

Перечисленные ранее параметры созависимости, СРРН у отцов и матерей, особенности поведения родителей в группе и являются определяющими факторами при выборе той или иной модели групповой работы с родителями наркоманов.

Как показывает опыт, реализация большинства из названных выше моделей либо встречает в группе родителей наркоманов серьезное сопротивление, либо создает условия для актуализации защитного поведения. Так, психоаналитически ориентированные группы оказываются малоэффективными в силу отказа родителей рассматривать себя и свое поведение как фактор генерации психической зависимости от наркотика у ребенка. Делегирующее поведение и вытеснение создают существенные препятствия для реализации этой модели. Дискуссионные группы, ориентированные на обсуждение проблем родительско-детских отношений и внутрисемейных отношений в целом, также оказываются малоэффективными в силу склонности родителей наркоманов к монологу и описательным высказываниям.

Реализация в групповой работе с родителями наркоманов принципов гуманистической психологии, безусловно,

е) повышение способности к наблюдению.

Очевидно, что перечисленные задачи совершенно различны и по содержанию, и по структуре, и по методам их решения. Поэтому важнейшей характеристикой родительских групп является на наш взгляд **плюрализм методов**, который дает возможность применять большое количество терапевтических методов и средств в процессе терапии. Поэтому в рамках модели психологического консультирования и общих принципов трансактного анализа могут быть широко использованы следующие методы:

- ⇒ методы, по изменению привычного мышления;
- ⇒ методы, направленные на познание происходящего;
- ⇒ методы поддержки и помощи;
- ⇒ методы, направленные на снятие напряжения;
- ⇒ методы, вызывающие эмоциональные переживания и чувства;
- ⇒ методы изменения поведения.

Очевидно, что данный список может быть продолжен, важна не его завершенность, а общий подход к проблеме: участники группы должны научиться гибко строить свое поведение в каждый момент времени находясь вне «предлагаемой» наркоманом схемы поведения, т.е. по сути находится в субъектной позиции. В широком смысле речь идет о развитии у родителей способности к «экзистенциальному творчеству», становление которого — реальный шанс на то, что родители не станут невольными соучастниками самоубийства их ребенка.

Ранее было показано, что в основе созависимости лежит инобытие наркотической личности. Таким образом, мы можем преодолеть созависимость, преодолевая инобытие.

Поэтому, когда мы работаем с семьей наркомана, мы работаем с отношениями; работа с инобытием, отражением наркотической личности, это, по сути, работа с образом ребенка у родителей. Работа с этим аспектом созависимости может вестись как в группе, так и индивидуально.

Основополагающим принципом при организации **индивидуальной** работы с родителями наркомана является принцип *конверсии во Взрослого*. Для формирования и поддержания этого процесса психологу необходимо решать ряд взаимосвязанных задач, направленных на установление особого типа отношений.

1. *Достижение глубокого понимания ситуации клиента.* Рациональный аспект *понимания* заключается в детальном, рациональном, безоценочном восприятии обстоятельств жизни клиента. Его эмоциональный аспект характеризуется как доброжелательное, заинтересованное, доверительное, но *независимое* отношение. Позиция психолога может быть охарактеризована как позиция включенности / вненаходимости (М.М. Бахтин). Технологический аспект заключается в том, чтобы, удерживая себя в позиции «Взрослый», вывести в такую же позицию родителя наркомана. Такой тип взаимодействия выступает как условие не только становления субъект - субъектных отношений, не только психолога и родителя, но и как условие «Взрослой конверсии». Таким образом, суть разрабатываемого нами метода, по меткому замечанию В.А.Петровского,

заключается в культивировании взрослых контактов. (Метод взрослых контактов).

2. *Эмоциональная поддержка клиента.* Нужно иметь в виду, что родители наркомана, это люди глубоко *страдающие*. Им крайне необходимо Взрослое участие: ободрить и вдохновить на более целостное, оптимистичное и сбалансированное отношение к ситуации. Эмоциональная поддержка выступает здесь как предпосылка возможности *нового взгляда* на проблему.

3. *Достижение клиентом осознания и осмысления **своей** проблемной ситуации.* Технологическими средствами, позволяющими решать эту задачу, являются активное эмпатическое слушание, насыщенная адекватная обратная связь, техники транзактного анализа [16]. Усилия психолога направлены на осознание клиентом особенностей «внутреннего» образа наркомана, влияние образа на их поведение и чувства. Примером решения этой задачи может быть следующий диалог.

Психолог: Вот когда у Вас такой образ Вашего сына... как этот образ влияет на Вас?

Клиент: Мне... я чувствую себя беспомощной...

Психолог: Правильно ли я Вас понял, что когда у Вас «такой образ», Вы чувствуете себя беспомощной?

Клиент: Да. Я расстроена... я не знаю, что делать... я даже сказать ему что-то боюсь...

Психолог: Угу... м... что Вы чувствуете по отношению к «этому образу»?

Клиент: Ой... тяжело... ну... да я его ненавижу!

Психолог: Кого?

Клиент: *пауза... (растеряно) ...Ну образ... этот. Он что не такой!* (По структуре вопросительная эта фраза произносится как восклицательная).

Психолог: Кто?

Клиент: Сын... (*неопределенно*).

Такая интенсивная коммуникация по поводу влияния «наркоманского» образа сына на жизнь, чувства и поведение родителей приводит их к более полному осознанию и проживанию контактов с подлинным, а не *виртуальным субъектом*. Психолог побуждает клиента к тому, чтобы более тонко и полно чувствовать и осознавать важные обстоятельства и аспекты ситуации, свои чувства, потребности, переживания и их взаимосвязь с **разными** образами ребенка - наркомана.

Психолог замечает и делает предметом совместной рефлексии неадекватность (неполноту, категоричность, ригидность, искаженность и проч.) поведения родителей при актуализации *наркоманского образа* их ребенка - наркомана. Первоначально совместный, этот процесс может все более успешно реализовываться клиентом самостоятельно.

Заметим, что в соответствии с концепцией отраженной субъектности, динамика инобытия (т.е. метаиндивидуального аспекта личности) является условием изменения личности в целом. В связи с этим очевидно, что динамика метаиндивидуального аспекта личности наркомана, инспирируемая и поддерживаемая в процессе работы с родителями, обеспечивает не только разрушение созависимости, но и создает условия для укрепления здоровой части личности наркомана.

Проведенный анализ организационных и методических аспектов работы с родителями наркоманов позволяет нам сформулировать принципы терапии созависимости:

Таблица . Система принципов терапии созависимости

Организац ионные	Методические	Этические
- Экологичност ь - Комплексност ь терапии созависимости	- Взрослая конверсия - Адекватный баланс «фрустрация - поддержка» - Активизация Взрослого - Плюрализм методов - Субъект - субъектное взаимодействие	- Конфиденциально сть - Анонимность - Ответственность

Дополненные этическими принципами, существенными с точки зрения проблем, связанных с наркоманией, организационные и методические принципы образуют *систему* принципов терапии созависимости.

Резюме

1. В динамике отношений в семьях наркоманов подросткового и юношеского возраста можно выделить специфические стадии, каждая из которых характеризуется своими особенностями семейного функционирования. Выделено три стадии эволюции семей, имеющих ребенка - наркомана:

- ◆ Стадия латентной наркотизации (семья до момента обнаружения факта наркотизации).
- ◆ Стадия открытой наркотизации (от момента обнаружения факта наркотизации до начала психологической реабилитации).
- ◆ Стадия реабилитации и ремиссии.

Переход к каждой последующей стадии является ключевым моментом в изменении жизни семьи.

2. Латентная стадия наркотизации характеризуется наличием подавленного и вытесненного из сознания членов семьи семейного кризиса. Функционирование механизмов защиты на индивидуальном (вытеснение, подавление, идентификация) и общесемейном (семейные мифы) уровне приводит к тому, что явные признаки неблагополучия семьи и наркомании ребенка «не замечаются» родителями. На стадии латентной наркотизации подростки прибегают к наркотикам как к средству ухода от давления семейных конфликтов и других психотравмирующих факторов семейной природы, снижение генерализованной неудовлетворенности.

Профилактика наркомании на этой стадии заключается в информировании родителей из семей группы риска о признаках возможной наркотизации подростка и привлечение их к работе в родительских группах. Важно, чтобы были созданы предпосылки для:

- ◆ более раннего обнаружения наркомании в семье;
- ◆ осознания родителями места и роли семьи в динамике наркомании;
- ◆ обращения семьи за психотерапевтической помощью;
- ◆ адекватного реагирования родителей на возможное известие о наркотизации их ребенка.

3. Основными факторами семейной природы, повышающими риск приобщения подростков к наркотикам, а также влияющими на прогрессивность наркомании являются дисфункциональность семейных структур, дисгармонии семейного воспитания и личностные

особенности родителей. Наибольший риск приобщения к наркотикам имеют подростки, семьи которых могут быть отнесены хотя бы к одному из следующих видов:

- ◆ деструктивная семья;
- ◆ распадающаяся семья;
- ◆ неполная семья;
- ◆ ригидная семья.

Мы рассматриваем начало употребления наркотиков подростками из таких семей как попытку адаптации к условиям жизни. Мы полагаем, что наркомания на начальной стадии (стадия латентной наркотизации) повышает адаптированность подростка к микросоциальной среде. Очевидная неадаптивность дей

_____Й_____ _
 _E_____] _____4_____
 _æ_æ_æ_æ_h_Ŵ_æ_ö_ ^_ _ _
 _ _ _ _ _ \$ _ Ġ _ N _ ĵ _____
 _____ _П' _ _ _ _ _ йном уровне (формирование
 созависимости), так и на индивидуальном уровне. На
 общесемейном уровне складывается особый тип
 взаимоотношений, обозначаемый термином «созависимость».
 Созависимость является приспособительной реакцией членов
 семьи на наркоманию одного из них. Таким образом,
 созависимость выступает как форма адаптивного поведения.
 Созависимость как специфический тип межличностных
 отношений формируется на основе синдрома родительской
 реакции на наркоманию ребенка (СРРН). Преобладающим
 эго-состоянием родителей наркомана является Адаптивный
 Ребенок (АД). Таким образом, субъектным в личности
 родителей наркомана является проявление Адаптивного
 Ребенка, тогда как характерные для них проявления
 Контролирующего и Опекающего Родителя (КР и ОР)
 являются ролевыми. Коротко говоря, на субъектном уровне в
 личности родителей наркоманов проявляется АД, на ролевом
 - ОР и КР.

5. Терапия созависимости должна быть направлена на
 обеспечение динамики эго-состояний от АД к ЕД и В на
 субъектном уровне и от КР и ОР к В на ролевом. Важнейшим
 условием такой динамики является неадаптивное поведение
 родителей. Неадаптивность их поведения означает выход за
 пределы созависимых схем поведения и преодоление социо-
 культурной заданности ролевого поведения. Готовность
 родителей к неадаптивным реакциям в ответ на наркоманию

ребенка формируется в специфических условиях психотерапии, построенной на методологии ТА (Э. Берн) и теории персонализации (В.А. Петровский).

6. Подходы к терапии созависимости, основанные на 12-шаговой идеологии, ориентированы прежде всего на развитие волевой саморегуляции и самоконтроля за счет достройки Родителя и исключения Ребенка. Развитие такого типа личностной структуры хотя и обеспечивает контроль над проявлениями созависимости, рассматривается нами как специфичная форма структурной патологии (здесь патология - в ТА понимании).

7. Основополагающими принципами терапии созависимости является активизация Взрослого созависимых, а также обеспечение и поддержание конверсии «во Взрослого». Последовательная реализация указанных принципов позволяет снизить интенсивность влияния субъектности отраженной наркотической личности в психике созависимости. Иными словами, мы устраняем созависимость, устраняя инобытие наркотической личности, что в свою очередь становится фактором разрушения синдрома психической зависимости. Реализация данного подхода является основой разработанного нами метода Реадальтации (от английского adult — взрослый) В. Петровский, С. Березин, К. Лисецкий, Е.Назаров.

8. Эффективная терапия созависимости возможна, если реализуется комплексное терапевтическое воздействие, включающее в себя индивидуальную работу с созависимыми, групповую работу с родителями наркоманов и работу с семьями наркоманов в целом. Работа с семьей наркомана ориентирована на коррекцию системы семейных отношений,

а также на устранение созависимости на интериндивидуальном уровне. Индивидуальная и групповая форма работы направлены на устранение метаиндивидуальных аспектов бытия наркотической личности в пространстве жизни родителей наркоманов. Перечисленные формы работы реализуются в соответствии с *организационными, методическими и этическими* принципами терапии созависимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении еще раз отметим несколько важных обстоятельств, которые, необходимо учитывать при организации профилактической и реабилитационной работы с наркоманами периода взросления и членами их семей.

Первое. Семья играет решающую роль в динамике и прогрессивности наркомании в подростковом и юношеском возрасте, а созависимость является важнейшим условием воспроизводства и поддержания психической зависимости, понимаемой нами как устремление.

Второе. В основе созависимости, формирующейся в семьях наркомана, лежит инобытие наркотической личности индивида, употребляющего наркотики. Третье. Психическая зависимость наркомана и созависимость его близких являются различными аспектами единого процесса - процесса развития наркотической личности. Таким образом, нами показано принципиальное единство и взаимосвязь психической зависимости и созависимости, что позволяет

ставить вопрос о смещении фокуса профилактики наркомании с индивида на семью.

Анализ структуры и функций семьи наркомана периода взросления показывает, что семья играет важнейшую роль в динамике наркомании на всех стадиях развития зависимости / созависимости.

Четвертое. Психическая зависимость есть не что иное как устремление. Исследования семей наркоманов позволили нам выделить параметры семейного функционирования, которые в преморбидный период и на стадии латентной наркомании выступают как условия безграничного воспроизводства психической зависимости. Связанные с психической зависимостью неограниченно воспроизводимые формы активности приводят к тому, что неадаптивные действия наркомана формируют «образы» отраженной субъектности индивида, употребляющего наркотики, в жизни его близких. Инобытие наркомана в жизни его близких является причиной их личностной динамики, внутриличностный аспект которой есть синдром родительской реакции на наркоманию СРРН (С.В. Березин), а межличностный аспект - созависимость. Возвращенная наркоману его субъектная отраженность в нем самом *как в другом* формируют его наркотическую личность.

Таким образом, семья наркомана является условием, а отраженная и возвращенная субъектность - механизмом развития наркотической личности. Постепенно в пространстве бытия индивида, употребляющего наркотики, развивается специфический аспект его личности - наркотическая личность. Феномен наркотической личности хорошо объясняет характерные для наркомана

двойственность поведения, внутреннюю конфликтность, амбивалентность мышления, оценок, эмоций, поведения и прочие феномены, которые позволяли некоторым исследователям говорить о психопатическом типе нарушений личности при наркомании. Заметим здесь, что речь не идет о «расщеплении» личности как при шизофрении, напротив, наши наблюдения показывают, что в ряде случаев опийная наркомания (развитие наркотической личности) выступает как реальная альтернатива шизофреническому расщеплению. Наркотическую личность правильнее рассматривать как замещающую. Личность индивида, употребляющего наркотики - это химера. Нам представляется, что принципиально важным с точки зрения проектирования программ первичной и вторичной (реабилитация) профилактики молодежной наркомании является поиск ответа на вопрос: почему наркотическая личность оказывается более эффективной с точки зрения предметной деятельности (сколь затруднительным не было бы положение наркомана, он в конце - концов добывает наркотик) и с точки зрения социальной активности (наркоманы характеризуются как люди, умеющие добиваться своего от других)? Не претендуя на исчерпывающий ответ, а лишь намечая перспективы дальнейших исследований, отметим, что поведение наркомана является неадаптивным, а, значит, оно имеет для наркомана не просто самооценку (о чем говорил еще Э.Берн, размышляя о «наркоманских играх»), оно не просто характеризуется своей способностью к самовоспроизводству и самоподдержанию - оно безгранично расширяет его возможности преодоления психического напряжения во взаимодействии с миром, т.е. в конечном

итоге повышает его адаптивность. Расплатой за это для наркомана является тот экзистенциальный вакуум, который образуется, когда наркоман отказывается от наркотиков. Дезадаптивный эффект отказа и соблазн возможности являются для подавляющего большинства наркоманов не преодолимыми.

Пятое. Недостигаемость химеры (наркотическая личность) для средств традиционной психиатрии объясняется тем, что наркомания является одновременно и болезнью индивида, и болезнью личности, и болезнью ближайшего микросоциального окружения наркомана.

Мы обнаружили, что Родительские реакции близких наркомана на обнаружившийся факт наркотизации приводит благодаря механизму конверсии (В.А. Петровский) к достройке и активизации Адаптивного Ребенка (АР). По нашему мнению, содержанием ролевого поведения родителей являются проявления Контролирующего (КР) и/или Опекающего Родителя (ОР), тогда как субъектные проявления родителей принадлежат их АР. С другой стороны, социальное поведение наркомана в подавляющем большинстве случаев является проявлением Детского эго-состояния. Таким образом, мы можем констатировать наличие на социально-ролевом уровне взаимодействия комплиментарной пары КР и/или ОР у родителей и АР у наркомана.

Исходя из сказанного, полагаем, что терапия созависимости в работе с родителями наркомана должна быть направлена на обеспечение активизации и развития Взрослого. Механизмом осуществления данного процесса является конверсия «во Взрослого» (В.А. Петровский).

Обобщение результатов исследований, а также анализ собственной клинической практики позволили нам сформулировать организационные и методические принципы терапии созависимости. Важнейшим из них является принцип **Взрослой конверсии**. Практическая реализация принципа Взрослой конверсии задает контуры разработанного ими метода терапии психической зависимости и созависимости - метода реадальтации (В.А. Петровский, С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Е.А. Назаров). Метод реадальтации (от английского adult - взрослый) - это метод восстановления и усиления функции Взрослого у наркомана и его родителей. Проведенные исследования показали приоритетную роль семьи в динамике наркомании. Эвристические возможности концепции отраженной субъектности (В.А. Петровский) и концепции эго-состояний (Э. Берн) позволили нам дать содержательную интерпретацию феноменов, которые ранее только фиксировались, и предложить теоретическую модель психической зависимости и созависимости.

Конечно, целый ряд вопросов, связанных с взаимовлиянием индивида, употребляющего наркотики, и его семьи еще предстоит подробно исследовать.

По нашему мнению, нуждается в глубокой теоретической проработке и основательной эмпирической проверке существующая практика терапии созависимости. В частности, речь идет о программах, основанных на 12 шаговой идеологии.

Глубокому теоретическому анализу должны быть подвергнуты механизмы развития наркотической личности. Очень важным является вопрос отношения наркомана к себе и к своей болезни, отраженная субъективность наркомана в себе как в другом. Иными словами, важно понять, как влияет на поведение и сознание наркомана актуализация в его сознании образа себя как наркомана. Мы полагаем, что инобытие наркомана в себе самом является основой формирования его «наркотического» самосознания. К стати, самосознание индивида, употребляющего наркотики, могло бы составить предмет специального исследования.

Самое пристальное внимание должно быть уделено изучению развития созависимости у сибсов наркомана и ее

влияния на динамику и прогрессивность наркомании. Наши предварительные наблюдения говорят о существовании специфических феноменов, связанных с развитием личности сибсов наркоманов.

На наш взгляд необходимы специальные исследования, которые были бы посвящены анализу особенностей формирования созависимости у брачных и сексуальных партнеров наркоманов. Особый предмет психологического исследования должны составить пары, где оба партнера являются наркоманами.

Важной задачей для исследователей и практиков является разработка программ профилактики наркомании на основе развития у детей самооценных, потенциально бесконечных форм активности. Исследования, проведенные В.А. Петровским и его сотрудниками, показывают принципиальную возможность создания таких программ.

Важные с точки зрения понимания динамики семьи наркомана результаты могут дать исследования особенностей межличностного взаимодействия родителей наркоманов внутри родительской пары. Опираясь на разработанную нами теоретическую модель психической зависимости и созависимости, мы можем сделать предположение о существовании специфической для наркомании динамики отношений в супружеской подсистеме.

Важной исследовательской задачей является разработка принципов, форм и методов работы с семьей наркомана, направленных на устранение условий воспроизведения и самопорождения психической зависимости и созависимости. Разделяя в целом предположение В.А. Петровского о том, что «поскольку наркомания не имеет общего телеологического

основания, а следовательно и результирующей терапии», мы те не менее считаем возможным разработку общих принципов терапии, которые отражали бы общий подход к проблеме. Мы полагаем, что одним из важнейшим принципов терапии наркомании должен быть принцип *плюрализма методов*.

Разработанные нами теоретические модели психической зависимости и созависимости объясняют развитие этих феноменов в общесемейном контексте. Вместе с тем, как показывает статистика, не менее остро проблема наркомании стоит и в случае, если речь идет о детях, воспитывающихся вне семьи, например, в детских домах, интернатах или фостерных (приемных) семьях. Нам представляется, что для анализа социальной ситуации развития личности в этих социальных институтах вполне могли бы быть использованы общие положения системной семейной терапии.

Наши исследования показывают, что использование концепции отраженной субъектности позволяет рассматривать наркоманию как семейную проблему, даже если наркоман воспитывался вне семьи.

Важной проблемой, имеющей непреходящее социальное значение, является разработка организационных, содержательных и методических основ деятельности социально-реабилитационных центров для наркоманов. Анализ деятельности таких центров, ведущих свою работу у нас в стране, показывает, что они могут быть разделены на несколько типов в зависимости от организации реабилитационного процесса: стационарные и амбулаторные; кратковременные (от месяца до трех) и долговременные (свыше полугода); религиозные, трудовые, религиозно-

трудовые, психотерапевтические. Изучение литературы, посвященной реабилитационным центрам для наркоманов, показывает острый дефицит серьезных исследований факторов и условий, и критериев эффективности их работы, надежных и обоснованных методов реабилитации, а также критериев ее эффективности.

Мы полагаем, что очень серьезную перспективу имеют психолого-педагогические и педагогические исследования проблем молодежной наркомании. Наша точка зрения связана не только с пониманием того, что наибольшими возможностями, с точки зрения организации первичной профилактики наркомании, располагает система образования. Мы исходим из все более и более утверждающегося мнения о том, что реабилитация наркоманов подросткового (а тем более младшего подросткового) возраста есть, по сути, процесс воспитательный. Таким образом, помимо психологии наркомании, открывается еще одна область исследований - реабилитационная педагогика.

Нам представляется, что решение широкого круга практических задач, связанных с молодежной наркоманией, требует создания особой методологии психотерапии и психопрофилактики. Есть все основания полагать, что «в лице» наркомании исследователи столкнулись с особым типом системных явлений, для изучения которых нужна специальная методология.

И последнее. Удивительно, но факт: сегодня в России ощущается не только острый дефицит психологических исследований наркомании, но и устойчивое нежелание внедрить в наркотическую практику даже то что есть. При

этом, чем дальше мы продвигаемся от реальной наркотической практики к реальности чиновничьих и бюрократических действий тем очевиднее это нежелание.

Литература

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991.
2. Абшаихова У.А., Сирота Н.А. Клинико-катамнестическое исследование подростков, больных гашишной наркоманией // Саморазрушающее поведение у подростков. Л.: Изд-во Ленинградский психоневрологический институт, 1991. С.72-74.
3. Адлер А Наука жить. Киев, 1997.
4. Адлер А Практика и теория индивидуальной психологии. М.: За экономическую грамотность, 1995.
5. Алемаскин М.А. Психологическая характеристика личности подростков-правонарушителей / Вопросы изучения детей с отклонениями в поведении. М. 1968.
6. Алмазов Б.Н. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. Свердловск: Изд-во «Уральский ун-т». 1986. - 150 с.
7. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды. Т. 1. М., 1980.
8. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. - М.: Медицина, 1987. - 336 с.
9. Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания. - СПб.: Университетская книга, 1997.
10. Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология ранней наркомании. Самара, 1997.
11. Березин С.В. Психокоррекционная деятельность школьного психолога в условиях межличностного конфликта

учащихся подросткового возраста, Автореф. Канд. Дисс. М., 1995.

12. Березин С.В. Психологическая коррекция в условиях межличностного конфликта подростков. Самара, 1995 а.

13. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных. СПб: МФИН, 1992.

14. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди , которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. - СПб: Лениздат, 1992.

15. Берн Э. Секс в человеческой любви. - М.: Московский кадровый центр, 1990.

16. Берн Э. Трансактный анализ в группе. - М.: Лабиринт, 1996.

17. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия. - СПб: изд-во «Братство», 1992.

18. Битенский В.С., Личко А.Е. Исследование мотивации при токсикоманиях у подростков как путь профилактики общественно опасных действий // Профилактика общественно опасных действий у психических больных. - Калуга, 1988. - С. 58-60.

19. Битенский В.С., Личко А.Е., Херсонский Б.Г. Психологические факторы в развитии токсикоманий у подростков // Психол. журнал. 1991. Том 12. М. С.87-93.

20. Битенский В.С., Херсонский Б.Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. - Л., 1989. - С. 83-88.

21. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А: Наркомании у подростков. Киев: Здоровье, 1989.
22. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости. М.: Физкультура и спорт, 1997.
23. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология. Ростов н/Д.: Феникс, 1996.
24. Боголюбова Т.А. Наркотизм в России. Состояние и меры борьбы / Состояние и тенденции насильственной преступности в Российской Федерации. М., 1993.
25. Большаков В.Ю. Психотренинг. (Социодинамика, игры, упражнения) - СПб.: Служба доверия, 1994.
26. Борохов А.Д., Исаев Д.Д. Роль социально-психологических факторов в формировании пристрастия к алкоголю и наркотическим веществам у подростков мужского пола // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во "Ленинградский психоневрологический институт", 1989. С.88-93.
27. Букановская Т.И. Эмоциональное переживание и психологическая защита в структуре синдрома зависимости у больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии.1992. N3-4. С.157-161.
28. Буянов А.М. Феномен взаимозависимости в семьях алкоголиков. - М., 1994.
29. . Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Самара, 1996.
30. Вассерман Л.И., Горьковская И.А., Ромицина Е.Е. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее применение.: М.: Фолиум, 1995.
31. Вдовиченко А.А. Патохарактерологическое исследование подростков, злоупотребляющих токсическими ингалянтами // Психологические

исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во "Ленинградский психоневрологический институт", 1989.

31. Виттакер К. Полночные размышления семейного терапевта. М.: «Класс», 1997.

32. Волкова А.Н., Трапезникова Т.М. Методические приемы диагностики супружеских отношений // Вопросы психологии. 1985. №5. С. 110-116.

33. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика (1933) // Изб.тр. М.: Медицина, 1964. С.116-252.

34. Генайло С.П. Особенности преморбиды больных наркоманиями // Журнал невропатол. и психиатр. 1990. №2. С.42-47.

35. Горьковская И.А. Влияние семьи на формирование делинквентности у подростков // Психол. журнал. 1994. №2. С.57-65.

36. Грибакин А.В. Жизненный путь как социально-историческое утверждение человека. Иркутск: Изд-во Иркутского Университета, 1985.

37. Григорович Л.А. Использование опросника «Анализ семейных взаимоотношений» в практике дошкольного психолога // Семейная психология и семейная терапия. 1998. №2. С.66-72.

38. Гришко А.Я. О наркомании среди подростков // Социологические исследования. 1990. №2. С. 100-102.

39. Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. Теория и практика. - М.: Независимая фирма "Класс", 1997.

40. Гульдман В. В., Романова О.Л. Подросток-наркоман и его окружение // Вопросы психологии. 1993, №2. С. 26-32.

41. Гульдман В. В., Романова О.Л., Корсун А.М., Шведова М.В. Эмоционально-когнитивный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во "Ленинградский психоневрологический институт", 1989. С.68-74.

Гульдман В.В., Шведова М.В. Психологический анализ мотиво-образующих факторов наркотизации подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. Л.: Из-во «Ленинградский психоневрологический институт», 1991.

44. Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка. М., 1881,Т.2.

45. Джайнотт Х. Родители и дети. Пер. с англ. М.: Знание, 1986.

42. 46. Джеймс М., джонгвард Д. Рожденные выигрывать. Трансакционный анализ с гештальтупражнениями. - М.: Издательская группа «Прогресс». «Прогресс-Универс», 1993.

43. Дурандина А.И., Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Факторы, влияющие на формирование гашишной наркомании в пубертатном и подростково-юношеском возрасте // Вопр.наркологии. 1992, Н1. С.31-39.

44. Елизаров А.Н. Телефон доверия: работа психолога - консультанта с родителями в ситуации родительско-юношеских конфликтов// Вопр. психологии. 1995.№3.

45. Жизненный путь личности. Киеав: Наукова думка, 1987.

46. Жизнь как творчество. Киев: Наукова думка, 1985.

47. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М.: Просвещение, 1993.

48. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М., 1971.

49. Кесельман Л.Е. Социальные координаты наркотизма. СПб филиал Института социологии РАН - СПб., 1989.
50. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов. Киев: «ПАН Лтд», 1994. - 283 с.
51. Коломеец А.А. Об этиологических факторах наркоманий // Вопр.наркологии. - 1989. - №1.- С. 34-38
52. Кон И.С. В поисках себя. М.: Изд-во "Политическая литература", 1984.
53. Кон И.С. Возрастные категории в науках о человеке и обществе // Социологические исследования. 1978. №3
54. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Мн.: Беларусь, 1988.
55. Культура жизни личности. Киев, 1988.
56. Курек Н.С. Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией // Журнал невропатол. и психиатр. 1991. М2. С.64-67.
57. Курек Н.С. Особенности эмоционального общения подростков. больных токсикоманией с родителями // Вопр. наркологии. 1992. Н1. С. 39-43.
58. Курек Н.С. Эмоциональное общение матери и дочери как фактор формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте // Вопр. психологии. 1997. N2. С.48-60.
59. Курек Р.С. Нарушение целенаправленной активности у больных опийной наркоманией // Психол. журнал. 1993. Том 14. М.4 С.118-125.
60. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания // Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1977. С.61-70.

61. Личко А.Е. Психопатия и акцентуация характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
62. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркомания. Л.: Медицина, 1991.
63. Личко А.Е. Основные типы нарушения поведения у подростков // Патологические нарушения поведения у подростков. Л. 1973.
64. Логинова Н.А Развитие личности и ее жизненный путь // Принцип развития в психологии. М.: Наука, 1978.
65. Лукачер Г.Я., Макшанцева Н.В. Особенности формирования наркоманий и токсикоманий у подростков // Журн.невропатол.и психиатр. - 1988. - Вып.9.- С. 114-118.
66. Максимова Н.Ю. О склонности подростков к аддиктивному поведению // Психол. журнал. 1996. Том 17. N3. С.149-152.
67. Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия // Психол. Журнал. 1993. Том 14. N6. С. 110-118.
68. Милушева Г.А., Найденова Н.Г. О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем // Вопр. наркологии. 1992. N3-4. С.138-143.
69. Миславский Ю.А Саморегуляция и активность личности в подростковом и юношеском возрасте. М.: Педагогика, 1991.
70. Наркология. Пер.с англ. - М.; СПб.: «Издательство Бином» - «Невский диалект», 1998.
71. Немов Р.С. Психология образования. М.: Просвещение: Владос, 1994.

72. Ожегов С.И. Словарь русского языка. 22 изд.стер. М.: Рус.яз., 1990.
73. Опыт построения модели системы профилактики молодежной наркомании в г. Муравленко. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1998.
74. Педагогика и психология: точки роста и интеграции. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1999.
75. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Краткий психологический словарь. М.: Просвещение, 1985.
76. Петровский В.А. К пониманию личности в психологии / Вопросы психологии. № 2, 1981.
77. Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. Российский открытый университет. - М.: ТОО «Горбунок», 1992.
78. Петровский В.А. Феномены субъектности в развитии личности. -Самара, 1997.
79. Подростки и наркотики. Опыт исследования проблемы в школах Ульяновска: социологический очерк / Под ред. Е.А. Онсельченко. - Ульяновск: УлГУ, 1999.
80. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами и борьба с ним /Под ред. М. Госсон, М. Грант, М.: Медицина,1993.
81. Проценко Е.Н. «Анонимные алкоголики»: шаги к свободе // Человек, № 6, 1994.
82. Психологическая реабилитация детей подростков. / Под ред. И.В. Дубровиной. Калуга, 1994.
83. Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во Ленинградского психоневрологического института, 1989.

84. Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического) / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого - Самара: изд-во «Самарский университет», 1998.

85. Психология воспитания: пособие для методистов дошкольного начального школьного образования, преподавателей и психологов. Под ред. В.А. Петровского. - М.: Аспект Пресс, 1995.

86. Психология личности и образ жизни. М.: Наука, 1987.

87. Психология формирования и развития личности. М.: Наука, 1981.

88. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1990.

89. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого, И.Б. Орешниковой. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1999.

90. Пятницкая И.Н. Наркомании. Л.: Медицина, 1994.

91. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. М.: Медицина, 1988.

92. Радченко А.Ф., Рохлина М.Л. Семьи больных наркоманиями // Журнал невропатол. и психиатр. 1990 №2. С.38-42.

93. Райгородский Д.Я. Теории личности в западноевропейской и американской психологии. Хрестоматия по психологии личности. Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1996.

94. Раттер М. Помощь трудным детям: Пер. с англ. / Под общ. ред. А.С. Спиваковской. М.: Прогресс, 1987.

95. Реан А.А. Локус контроля делинквентной личности // Психол. журнал. 1994. №2. С.52-56.
96. Резник В.А. Некоторые практические аспекты групповой психотерапии при токсикоманическом поведении у подростков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. - Л., 1989. - С. 122-128.
97. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: Проблемы становления личности. М.: Мир, 1994.
98. Розин М.В. Психология судьбы: программирование или творчество // Вопросы психологии. 1992. №1-2.
99. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М.: 1976.
100. Савонько Е.И. Возрастные особенности соотношения ориентации на самооценку и на оценку другими людьми // Изучение мотивации поведения детей и подростков. М., 1972.
101. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. Л.: Наука, 1979.
102. Семейная психотерапия при нервных психических заболеваниях. / Под ред. В.К. Мягер, В.А. Зачепиского Л.: Изд-во «Ленинградского психоневрологического ин-та»», 1978.
103. Семья в психологической консультации. / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М.: Педагогика, 1989.
104. Сермягина О.С. Эмоциональное отношение в семье / Социально-психологическое исследование. Кишинев: «Штиинца», 1991.
105. Сидоренко Е.В. Математические методы в практической психологии. // Журнал практического психолога. 1999. №3. С.49-77.

106. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. -СПб.: Социально-психологический центр., 1996.
107. Словарь психиатрических и относящихся к психологическому здоровью терминов. М.: Медицина, 1991.
108. Смирнов В.К.. Нечипоренко В.В., Бердник К.П. Некоторые подходы к пониманию аспектов формирования наркомании // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во "Ленинградский психоневрологический институт". 1989. С.38-43.
109. Смирнова Е.О. Психология ребенка. М. 1997.
110. Смит Э.У. Внуки алкоголиков: Проблемы взаимозависимости в семье. М.: Просвещение, 1991.
111. Собчик Л.Н. Метод портретных выборов. М., 1993.
112. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989.
113. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М.: Изд-во МГУ, 1980.
114. Стилль жизни личности. Теоретические и методологические проблемы. Киев: Наукова думка, 1982.
115. Стюарт Я. Современный транзактный анализ. СПб., 1895.
116. Стюарт Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. - СПб «Социально-психологический центр», 1996.
117. Теории личности в западно-европейской и американской психологии. Самара: Изд. Дом "БАХРАХ", 1996.
118. Терентьева А.В. Особенности развития ребенка в алкогольной семье и возможности реабилитационной работы. // Семейная психология и семейная терапия. 1998. №3. С.90-95.

119. Учимся общаться с ребенком: Руководство для воспитателя детского сада/В.А. Петровский, А.М. Виноградова, Л.М. Кларина и др. - М. Просвещение, 1993.
120. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хейман С.Е. Наркология. Пер. с англ. - М., СПб.: «Издательство Бинон» - «Невский диалект», 1998.
121. Фромм Э. Бегство от свободы. М.: Прогресс, 1995.
122. Харрис Томас А. Я о'кей - Вы о'кей. - Красноярск: Фонд ментального здоровья, 1993.
123. Хорни К. Невротическая личность в наше время. Новосибирск. 1982.
124. Хрестоматия по возрастной психологии / Под ред. Д.И. Фельдштейна. М.: Международная педагогическая академия, 1994.
125. Черников А.В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. М., 1997. - 160с.
126. Чеснова И.Г. Межличностные отношения в семье как фактор формирования эмоционально-ценностного самоотношения подростка: Автореф.канд.дисс. М., 1987.
127. Шабанов В.А. Руководство по наркологии. — СПб.: Издательство «Лань», 1998.
128. Шеин С.А., Чугунова Т.Л. Возможности психологической диагностики и коррекции подростково-юношеской наркомании // Предупреждение наркомании и токсикомании несовершеннолетних. - Минск, 1987. - С. 24-31.
129. Шихирев П.Н. От терапии личности к терапии социальной среды: эволюция подходов к решению проблемы алкоголизма в США // Психол. журнал 1987. Том 8. М5. С.28-38.

130. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. М.: «Фолиум», 1996. - 63с.

131. Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А. Групповая терапия при пограничных нервно-психических заболеваниях у подростков : основные принципы и опыт применения // Журнал невропатол. и психиатр. 1990 N5. С.38-42.

132. Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А., Черемисин О.В. Исследование образа "Я" у подростков с аддиктивным поведением // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. Л.: Изд-во "Ленинградский психоневрологический институт". 1989. С.74-79.

133. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л.; Медицина, 1990. - 180с.

134. Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А., Черемисин О.В. Саморазрушающее поведение у подростков: пути исследования, проблемы и разработка методов психотерапии // Саморазрушающее поведение у подростков. Л.: Изд-во "Ленинградский психоневрологический институт". 1991. С.112-117.

135. Эриксон Э. Детство и общество. СПб., 1996.

136. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.

137. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени: Пер. с нем. М.: «Прогресс», «Универс», 1993. - 329 с.

138. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Проксемическое поведение при злоупотреблении гашишем и гашишной наркомании у подростков.// Саморазрушающее поведение у подростков. Л.: Изд-во "Ленинградский психоневрологический институт". 1991. С.75-77.

139. Budzinski W. Somoocena realizowa nia wastosel a motywaija do leczenia siez naloju u osol uzaleznionych od heroine // Ann. Acad. Med gelan. 1993. V. 23. P. 125-137.

140. Burdges E.W., Locke H.J. The family. 2-nd ed. N. J. Beck, 1960, P.693-716.

141. Caputo K. Volatile substance misuse 1n children and youth: A consideration of theories // Int. J. Addict. 1993. V.28. N10. P.1015-1032.

142. Cohen P. «Contro il trattamento della dipendenza da eroina» // Quadernu Piacintini, Milano, 1984.

143. Cohen S. Overdiagnosis of schisophrenia: Role of alcohol and drug misuse // Lancet. 1995. N 8989.- P.1541-1542.

144. Demto R. A longitudinal study of the predictors of the adkerse effects of alcohol and marisusna / hashish use among a cohort of high risk youth`s // Int. J. Addict. 1993. V.28. N11. P.1045-1083.

145. D'Elio M., O'Brien R. Early adolescents substanse use and life stress: concurrent and prospective relationships // Substance Use and Misuse. 1996. V.31. N7. P. 873-894.

146. Esbensen F., Elliott D. Continuity anol discontinuity in illicit drug use: Patterns and antecedents // J. Drug. Issue. 1994. V.24. N1-2. P.75-97.

147. Easthope G. Perceptions of the casises of drug use series of articles in international journal of the addictions // Int. J. Addict. 1993. V.28. N6. P. 559-569.

148. Fenichel O. Impulse neuroses and addictions. B: Fenichel O.: The psycho-analytic theory of neurosis. London, 1946.

149. Freud S. Triebe und Tribschicksale, 1915.

150. Hargreaves D.H. Social Relations in a Secondary School, Routledge & Kegan Paul, 1967/
151. Hines A., Shaw G. Intensive thoughts, sensation seeking, and drug use in college students // Bull. Psychonom. Soc. 1993. V.31. N6. P.54-544.
152. Glover E. Alcoholism and drug addiction. B: Glover E.: The technique of psychoanalysis, N.I. 1963.
153. Johnson B. A developmental model of addictions it's relationships to the twelve step program of alcoholics anonymous // J. Subst. Abuse Treat. 1993. V. 10 N1. P. 23-24.
154. Keats J. «Letters, 32, To G and T Keats 21 Dec. 1817» Letters of John Keats, London: Oxford University Press 1994.
155. King S., Beals S., Manson S. A structural equation model of factors related to substance use among American Indian adolescents // Drugs and Soc. 1992. V. 6. N3-4. P.253-268.
156. Lesswing N., Dougherty R. Psychopathology in alcohol and cocaine - dependent patients: a comparison of findings from psychological testing // J. Subst. Abuse Treat. 1993. V, 10. N1. P.53-57.
157. Noble P., Hart T., Nation R. Correlates and outcome of illicit drug use by adolescent // Brit. J. Psychiatr. 1972. V. 120. N5. P.497-504.
158. Nurco D., Batter M. Vulnerability to narcotic addiction: findings // J. Drug. Issue. 1994. V. 24. N1-2. P. 293-314.
159. Nelss R. The role of psychobiological states in chemical dependency: Who becomes addicted // Addiction. 1993. V. 88. N6. P.745-756.
160. Overall J. MMPI personality pattern of alcoholics and narcotic addicts // Quart J. Study Alcohol. 1973. V .34. P. 10-25.

161. Robbins E.S. College student drug use.// Amer. J. Psychiatr. 1970. V.126. N12. P.1743-1751.
162. Scafe V., Conner M. Health risk perception and ecstasy use. // Proc. Brit. Psychol. Soc. 1997. V. 5. N1. P. 40.
163. Schroeder D. Is there a relationship between self-esteem and drug use? // J. Drug. Issue. 1993. V.23. N4. P.645-665.
164. Sherlock K. An investigation into social, psychological and health related aspects of ecstasy use. // Proc. Brit. Psychol. Soc. 1995. V .3. N1. P. 29.
165. Tich R. Kids are special. USA, California. 1986. P. 150.
166. The co-founders of Alcoholics Anonymous. Biographical sketches & their last major talks // A Word Service Inc., New York, 1984.
167. Tommasello A., Tyler E. Psychosocial correlates of drug use Latino youth leading autonomous lives // Int. J. Addict. 1993. V.28. N5. P.435-450.
168. Wada K., Fukui S. Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. // Addiction. 1993. V.88. N1. P. 89-100.

**О деятельности кафедры в области исследования
психологических проблем наркомании.**

На кафедре психологии СамГУ развернут цикл научно-исследовательских работ по проблемам наркомании.

Результаты исследований нашли отражение в девяти книгах, из них 5 — коллективные монографии, статья и других публикациях сотрудников кафедры. Психологические аспекты наркомании являются предметом курсовых и дипломных работ студентов психологического факультета. С 1977 по 2000 год по проблемам наркомании подготовлено и защищено 26 дипломных работ. В 2000 году на база кафедры, под руководством профессора В.А.Петровского подготовлена и защищена кандидатская диссертация Е.А.Назарова «Наркотическая зависимость и созависимость личности в семье».

В настоящий момент завершается подготовка еще трех кандидатских диссертаций по психологии наркомании.

Сотрудниками кафедры разработаны и читаются спецкурсы: «Психотерапия психической зависимости» (К.С.Лисецкий), «Психология ранней наркомании (с,В.Березин), «Профилактика молодежной наркомании (С.В.Березин).

Сотрудники кафедры С.В.Березин, А.Э.Березовский, Н.С. Бондарь, О.П. Зинченко, О.А. Коронцевич, К.С. Лисецкий, Е.В. .Литягина, А. В. Макаров, Н.Ю. Самыкина, О.В. Шапатина проводят обучающие семинары и тренинги. Начиная с 1998 года, по заказу территориальных администраций, на базе СамГУ осуществляется подготовка и переподготовка специалистов по психологии профилактики наркомании и реабилитации наркозависимых.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

К.С.Лисецкий — кандидат психологических наук, доцент, декан факультета психологии Самарского государственного университета, действительный член Международной Педагогической Академии, практикующий психолог, специалист в области первичной и вторичной профилактики наркомании.

С.Б.Березин — кандидат психологических наук, доцент, декан факультета психологии Самарского государственного университета, член-корреспондент Международной Педагогической Академии, практикующий психолог, специалист в области семейных отношений и терапии созависимости.

Е.А.Назаров — кандидат психологических наук, врач-нарколог, специалист в области вторичной профилактики наркомании.